

## Tilburg University

### Bijdrage tot ordening van de maatschappelijke gezondheidszorg in Nederland

Bartels, A.J.H.

*Publication date:*  
1950

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*  
Bartels, A. J. H. (1950). *Bijdrage tot ordening van de maatschappelijke gezondheidszorg in Nederland*. Samsom.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Bibliotheek K. U. Brabant



17 000 0122244 5

CBM  
57  
E  
9A



BIJDRAGE TOT ORDENING VAN  
DE MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG  
IN NEDERLAND

Katholieke Universiteit Brabant	
Bandnummer	043426
Signatuur	UDC 57E9 <sup>a</sup>

# BIJDRAGE TOT ORDENING VAN DE MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

## PROEFSCHRIFT

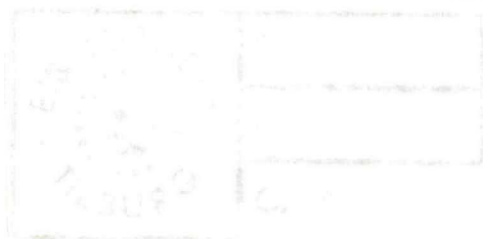
TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN  
DOCTOR IN DE ECONOMISCHE WETEN-  
SCHAPPEN AAN DE KATHOLIEKE ECONO-  
MISCHE HOGESCHOOL TE TILBURG, OP  
GEZAG VAN DE RECTOR-MAGNIFICUS  
DR W. R. HEERE, HOOGLERAAR IN DE  
POSITIEVE EN BESCHRIJVENDE SOCIO-  
LOGIE, IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN  
OP DONDERDAG 14 DECEMBER 1950  
DES NAMIDDAGS TE 4 UUR

DOOR

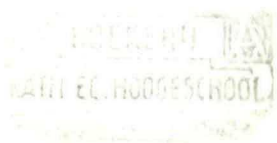
ALOYSIUS JAN HUBERT BARTELS

GEBOREN TE VENLO

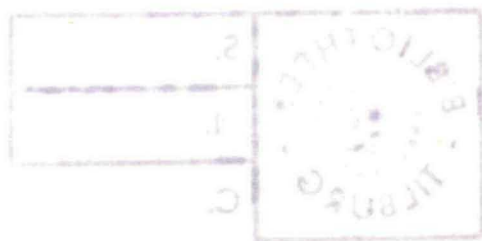
COMP



N. SAMSOM N.V. - ALPHEN AAN DEN RIJN



43426





PROMOTOR:

PROF. DR F. J. H. M. VAN DER VEN

HOOGLERAAR IN DE SOCIALE WETGEVING

EN DE SOCIALE POLITIEK

Aan mijn ouders

Aan mijn vrouw

## VOORWOORD

Bij de bekroning van mijn academische studie past mij een woord van oprechte dank aan hen, die mij de studie mogelijk hebben gemaakt, mijn geliefde ouders, en aan hen, die mij de opleiding hebben geschonken, mijn zeer gewaardeerde hoogleraren.

Mijn dankbaarheid aan U, Hoogleraren der Katholieke Economische Hogeschool, is wel bijzonder groot, daar Gij mij niet alleen de intellectuele scholing hebt gegeven, maar ook het klimaat hebt geboden, waarin de persoon zich in haar eenheid geleidelijk tot het academisch niveau kan verheffen.

Dat Gij, Hooggeleerde Van der Ven, hooggeachte promotor, mij de weg naar de academische waardigheid hebt willen banen, was voor mij een grote vreugde. Door Uw respect en begrip voor het persoonlijk eigene, wildet Gij dat ik deze weg zelfstandig zou gaan. Maar niet zonder mij het veilige geleide te bieden van Uw grote wijsheid en menselijke toegankelijkheid. Moogt Gij U overtuigd weten van mijn bijzondere dank.

Aan U, Hooggeleerde Cobbenhagen, die in Uw economische theorie steeds de idee der synthese naar voren bracht en in Uw taakvervulling als leraar en in Uw voorbeeld ook altijd de synthese van geest en leven verwezenlijkte, ben ik persoonlijk een dank verschuldigd, die zich moeilijk onder woorden laat brengen.

Het was niet de eerste maal, Hooggeleerde Oldendorff, dat ik de steun van Uw wijze raad, en meer, van Uw vriendschap mocht ontvangen, toen Gij mij aanspoordet tot deze studie en mij tevens mijn eerste twijfel deed overwinnen. Ik geloof niet dat het tussen ons nodig is om te trachten mijn dank hiervoor nader in woorden uit te drukken.

Dat ik, Hoogedelgestrengte Mol, bij mijn streven steeds de onschatbare steun heb mogen ontvangen van Uw inspirerende be-



langstelling, heeft een wezenlijke bijdrage gevormd voor de totstandkoming van dit proefschrift.

Gij, Weledelzeergeleerde Veeger, die zoveel baanbrekend werk hebt verricht op het gebied van de particuliere gezondheidszorg, zijt de stimulans geweest tot het werk dat wij jongeren mogen verrichten.

Dat ik naast en in mijn werkzaamheden de gelegenheid heb gevonden dit proefschrift tot een einde te brengen, heb ik in niet geringe mate te danken aan U Weledelgestrenge De Vreeze.

Weest tenslotte Gij allen, die ik hier niet nader met name genoemd heb, maar van wie ik in verschillend opzicht steun bij de totstandkoming van dit werk ontvangen heb, overtuigd van mijn diepgemeende dank.

# INHOUD

	XIII Blz.
HOOFDSTUK I. PROBLEEMSTELLING EN BEGRIPSBEPALING . . .	I
Definitie van gezondheid . . . . .	I
Nastreven van gezondheid . . . . .	3
Maatschappelijke gezondheidszorg . . . . .	5
Beperkte doelstelling . . . . .	6
Verhouding gezondheidszorg - maatschappelijk werk	7
Invloed van de zielzorg . . . . .	9
HOOFDSTUK II. GEZONDHEID EN SAMENLEVING . . . . .	II
§ 1. Betekenis van de samenleving voor de gezondheid	II
Subjectieve betekenis van gezondheid . . . . .	II
Een probleem ondanks daling der sterfte . . . . .	12
Belang van de harmonische gemeenschap . . . . .	15
Gezondheid ondanks gebrekkige gezondheidszorg .	17
§ 2. De armoede en haar invloed op gezondheid . . .	18
Verval van de gemeenschap . . . . .	18
Het economisch liberalisme . . . . .	20
Achteruitgang der gezondheid . . . . .	21
Sociale bewustwording . . . . .	24
§ 3. Gezondheidszorg en het streven naar sociale orde in de gemeenschap . . . . .	25
Taak van de sociale geneeskunde . . . . .	25
Sociale geneeskunde en het streven naar sociale zekerheid. . . . .	29
Enige consequenties . . . . .	33
§ 4. Conclusie . . . . .	34
HOOFDSTUK III. ALGEMENE GRONDSLAGEN VOOR ORDENING DER GEZONDHEIDSZORG . . . . .	36
§ 1. Het ordebeginsel . . . . .	36
Drang naar orde en meningen omtrent verwerke- lijking . . . . .	36

	Blz.
De solidaristische opvatting . . . . .	37
Betekenis van de doelstelling . . . . .	39
Verantwoordelijkheid voor het bereiken ener orde	39
§ 2. De verhouding particulier initiatief - Overheid. .	41
Samengaan van vrijheid en wet . . . . .	41
Positieve taak van de Overheid . . . . .	43
Verscheidenheid en orde . . . . .	43
§ 3. Invloed der omstandigheden van tijd en plaats. .	44
Respectering der veelvormigheid . . . . .	44
Toenemende afhankelijkheid en noodzaak tot meer-	
dere binding . . . . .	45
Consequenties der toenemende noodzaak van ge-	
bondenheid . . . . .	48
§ 4. Conclusie . . . . .	50
HOOFDSTUK IV. DE FEITELIJKE OMSTANDIGHEDEN . . . . .	53
§ 1. Eerste pogen om te geraken tot ordenende maat-	
regelen. . . . .	53
Aandacht voor de invloed van de omgeving . . .	53
Houding ten opzichte van wettelijke maatregelen .	55
Aarzelend optreden van de Overheid . . . . .	56
Een wettelijke regeling . . . . .	59
§ 2. Het karakter van de eerste maatregelen en hun	
verdere ontwikkeling . . . . .	60
Eerste aanzet tot gedeeltelijke centralisatie . . . .	60
Overheidszorg voor de natuurlijke omgeving en toe-	
nemende centralisatie . . . . .	62
Herziening van de wettelijke bepalingen . . . .	64
§ 3. Sociale wetgeving en gezondheidszorg . . . . .	68
De arbeidswetgeving. . . . .	68
Gezondheidszorg in de bedrijven . . . . .	71
De sociale verzekering . . . . .	73
§ 4. Behartiging van enkele onderdelen der maatschappe-	
lijke gezondheidszorg . . . . .	77
De particuliere werkzaamheid . . . . .	77



# INHOUD

xv

Blz.

De gemeentelijke Overheid . . . . . 83

De provinciale Overheid . . . . . 85

De Rijksoverheid . . . . . 86

Enige gegevens betreffende Rijkssubsidie . . . . . 88

§ 5. Conclusie . . . . . 91

HOOFDSTUK V. GEDACHTEN OMTRENT CONCRETE VORMGEVING 93

§ 1. De periode voorafgaand aan het jaar 1940 . . . 93

Het wetsontwerp Aalberse . . . . . 93

De kostennota Slotemaker de Bruïne . . . . . 96

Heyermans, voorstander van gemeentelijke gezondheidszorg . . . . . 97

Voorstellen Horst en Schuurmans Stekhoven . . . 98

Erkenning van de betekenis van het particulier initiatief . . . . . 100

Resultaat van de gedane voorstellen en van de gevoerde discussies . . . . . 103

§ 2. De periode vanaf het jaar 1940 . . . . . 105

Schijnbare stilstand gedurende de oorlogsjaren . . 105

Negering van de natuurlijke ontwikkeling . . . . 107

Achtergrond van de zich wijzigende tijdgeest . . 109

Weerstand tegen uniformiteit, maar begrip voor leiding en gebondenheid . . . . . 112

Het rapport Ausems. . . . . 113

Rapport inzake reorganisatie van de volksgezondheidszorg . . . . . 115

§ 3. Eindconclusie . . . . . 118

Concrete vormgeving op basis van leidende beginselen . . . . . 118

Perifere samenwerking . . . . . 119

Noodzaak van een algemeen wettelijke regeling . 124

Deskundige leiding . . . . . 129

Financiën . . . . . 134

LITERATUURLIJST . . . . . 137

## HOOFDSTUK I

### PROBLEEMSTELLING EN BEGRIPSBEPALING

#### *Definitie van gezondheid*

Op 22 Juli 1946 tekenden vertegenwoordigers van 61 landen te New York, bijeengeroepen door de economische en sociale raad van de Verenigde Naties, de grondwet van de wereldgezondheidsorganisatie. Hierin wordt „gezondheid” omschreven als „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. En dan wordt verder bepaald: „The enjoyment of the highest attainable standard of Health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition” <sup>1)</sup>.

Deze aanduiding van wat onder gezondheid moet worden verstaan, naar voren gebracht als een fundamenteel recht van ieder om een dergelijke toestand te kunnen nastreven, gaf in ons land aanleiding tot meerdere reacties. Tjeenk Willink sprak tijdens een begrotingsdebat in de Eerste Kamer van een hooggestemde verklaring, die zij als niet meer dan een leuze kon beschouwen. „Als praktische definitie gaat zij slechts op, op de wijze van een opgeblazen zeepbel, die uiteenspat zodra men er houvast aan zou krijgen. Het fascinerende van deze formulering is ongetwijfeld het heimwee, dat er uit spreekt om de in lichaam, ziel en omstandigheden uiteengereten mens weer te synthetiseren tot een ondeelbare persoonlijkheid, waarin de fysieke, de psychische en de uitwendige krachten een harmonisch samenspel vormen. Dit — aldus Tjeenk Willink — utopisch verlangen mag en moet zelfs een richtsnoer zijn voor een ontwikkeling naar een nog zeer verwijderd toekomstbeeld, maar de hierop gebaseerde definitie van de World Health Organization is te veel omvattend en te zwevend om bruikbaar te zijn als grondslag voor praktisch werk en organisatiemethoden” <sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Dr M. G. Neurdenburg, *Wereldgezondheidsorganisatie*. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 25e jaargang, 1947, pag. 3.

<sup>2)</sup> *Handelingen van de Eerste Kamer der Staten-Generaal*. 29 Maart 1950, pag. 554.

En voor Van Loon is deze definitie aanleiding om tot de gezondheids„zorg” het verwijt te richten dat zij het tot haar taak rekent ook het maatschappelijk werk uit te voeren <sup>1)</sup> (gezondheidszorg is immers de zorg voor de gezondheid en wat gezondheid betekent zegt ons de genoemde definitie).

Zo zien we, dat het begrip gezondheid, dat we als uitgangspunt van onze studie willen nemen, positief is gesteld. Maar eveneens moeten we constateren, dat deze omschrijving tot reacties aanleiding heeft gegeven. Met deze reacties kunnen we ons niet geheel en al verenigen. Het positieve element, door middel van een ruime omschrijving weergegeven, is van grote waarde. Gezond zijn is niet alleen niet-ziek zijn; het is een positieve kwaliteit van leven; een opbloeien in lichamelijk en geestelijk opzicht, een verhoging van alle persoonlijke krachtsontwikkeling. <sup>2)</sup>

Als we nu dan aansluiten bij de door de wereldgezondheidsorganisatie gegeven omschrijving, willen we daar evenwel niet mee betogen, dat het de taak van de gezondheidszorg is, om alle voorwaarden te scheppen voor het benaderen van een dergelijke toestand van gezondheid. Hoe velen zullen daar niet hun onmisbare bijdrage aan moeten geven? De gezondheidszorg verzorgt enkel een facet van het vele dat nodig is om gezondheid te benaderen, zoals ook het maatschappelijk werk een van de meerdere belangrijke functies daarbij kan vervullen. Het lijkt ons daarom een te ver gaande gevolgtrekking om de gezondheidszorg, althans op basis van deze definitie, van imperialisme te gaan beschuldigen. En evenmin menen we te kunnen onderschrijven, dat de gegeven definitie als grondslag onbruikbaar is voor practisch werk en organisatiemethoden. Integendeel kan zij ons veel leren omtrent deze organisatiemethoden, veel dat van grote praktische waarde is in onze ogen. Al is het alleen maar, dat bij die organisatiemethoden er rekening mee moet worden gehouden, dat niet alleen een objectieve maatstaf kan worden aangelegd als criterium bij het streven naar gezondheid. Ook een subjectieve maatstaf speelt hierbij een belangrijke rol, hetgeen duidelijk uit deze definitie kan worden afgeleid. Daarom ook is ze waardevol, ook vanuit het gezichtspunt der organisatiemethoden.

---

<sup>1)</sup> P. C. J. van Loon, *Doelmatigheid van het maatschappelijk werk*. 1950, pag. X.

<sup>2)</sup> Dr Paul Tournier, *Radical therapie*. 1950, pag. 190.



*Nastreven van gezondheid*

Ons uitgangspunt vinden we derhalve in de gegeven omschrijving van gezondheid. En deze omschrijving stelt ons dan ook voor de vraag waar het criterium van een dergelijke toestand ligt, en vervolgens op welke wijze een zodanige toestand kan worden nagestreefd.

Het antwoord op de vraag waar het criterium van een dergelijke toestand van gezondheid ligt, kan onzes inziens moeilijk alleen objectief worden gegeven. Hierbij zal het subjectieve element niet verwaarloosd mogen worden. De persoon zelf zal een dergelijke toestand moeten *kunnen* nastreven binnen zijn eigen levenseenheid of binnen zijn primaire, persoonlijke gemeenschap, die het gezin is <sup>1)</sup>. De persoon zelf zal moeten *kunnen* streven naar een dergelijke toestand van gezondheid, waardoor de voor hem zo gewenste „levenszekerheid” kan worden benaderd.

Deze levenszekerheid ligt voor ieder anders; ze is afhankelijk van persoonlijke noden, die veelvuldig samenhangen met de afzonderlijke doeleinden, welke men zich stelt en de mogelijkheden om er in te voorzien. Een harmonieuze opbouw van deze doeleinden, die rekening houdt en ook kan houden met de mogelijkheden, zal in staat stellen om een hogere graad van levenszekerheid te bereiken. Dit gevoel van levenszekerheid zal dan des te groter zijn, naarmate, hetgeen men ziet als, het hoogste menselijke doel meer wordt benaderd. En in deze geest gezien kan dit streven wel een verlangen worden genoemd, maar mag het onzes inziens niet als een „utopisch” verlangen worden geduid.

De tweede vraag, die thans noodzakelijk moet worden gesteld, is, op welke wijze een zodanige toestand kan worden nagestreefd — hoe met de aanwezige mogelijkheden in de persoonlijke noden kan worden voorzien —.

Er zijn talrijke maatregelen die worden getroffen, om gezondheid en genezing bereikbaar te maken. De maatregelen nemen toe naarmate met de ontwikkeling van mens en maatschappij nieuwe noden groeien en nieuwe mogelijkheden ontstaan. En met deze toename wordt het steeds moeilijker om alle doeleinden

<sup>1)</sup> Prof. Dr M. J. H. Cobbenhagen, *Katholicisme in actie op economisch terrein*. Les, uitgesproken op de 14e Limburgse sociale studieweek te Rolduc. 1938, pag. 2.

evenwichtig te ordenen. Het merkwaardige feit doet zich hier onzes inziens zelfs voor, dat met de ontwikkeling nieuwe noden (of als men wil nieuwe behoeften) ontstaan, die nieuwe voorzieningen noodzakelijk maken. En met deze vooruitgang en deze voorzieningen ontstaat dan een volkomen nieuwe nood, die gelegen is in de moeilijkheid om vanuit zichzelf een harmonische voorziening op te bouwen.

Zoekend naar een oplossing voor deze moeilijkheden, vragen we ons af in hoeverre de inrichting van de maatschappij daarvoor van betekenis kan zijn (hoofdstuk II). Deze vraag voert ons dan naar een beschouwing over de principiële grondslagen der maatschappelijke ordening, waaruit we dan weer de richtlijnen hopen te putten voor de ordening van de gezondheidszorg, die in het geheel van de voorzieningen, gericht op gezondheid en genezing, een eigen plaats inneemt (hoofdstuk III).

Aangezien de concrete omstandigheden van invloed zijn op de wijze waarop de fundamentele principes moeten worden toegepast, zullen we vervolgens trachten een inzicht te verkrijgen in de voorzieningen die worden getroffen (hoofdstuk IV). En dan kunnen we niet alle maatregelen die gericht zijn op gezondheid, onder de gezondheidszorg rangschikken. Gezondheidszorg heeft in het spraakgebruik het karakter gekregen van maatregelen die vanuit de medische sfeer worden getroffen, en als zodanig heeft zij tot taak om vanuit haar plaats een bijdrage te verlenen — een van de vele — tot het behouden of bereiken van gezondheid. Zij doet dit nu door middel van voorzieningen van verschillende aard, die we zullen nagaan, uitsluitend, door aansluiting te zoeken bij de feitelijke ontwikkeling, die ons dan toont hoe achtereenvolgens nieuwe aspecten naar voren treden.

Zo komen we tot een onderscheiding in: *a. de zorg voor de natuurlijke omgeving; b. de zorg voor de omgeving waarin de mens werkt; c. de zorg die de persoon rechtstreeks betreft en die reikt tot in het persoonlijke milieu waarin de mens leeft.*

Deze voorzieningen kunnen algemeen gekenmerkt worden als voorzieningen om gezond te *worden* (curatief) en voorzieningen om gezond te *blijven* (preventief). Beide *kunnen* individueel worden uitgeoefend, waarbij we denken aan de verhouding arts - patiënt.



*Maatschappelijke gezondheidszorg*

Om die zorg nu mogelijk te maken en zodoende gezondheid en genezing toegankelijk te stellen voor alle leden van de gemeenschap, is men vanuit de maatschappij maatregelen gaan treffen. Men sprak van „maatschappelijke gezondheidszorg” (ook sociale gezondheidszorg genoemd).

De maatschappelijke gezondheidszorg, waartoe wij ons in deze studie bepalen, zien wij dan echter in een andere dimensie van categorieën gelegen dan de individuele zorg. De maatschappelijke gezondheidszorg stelt de middelen, het apparaat, de organisatie, enz. beschikbaar, om daardoor bij te dragen tot het toegankelijk stellen van gezondheid en genezing voor iedereen. Het is dus eigenlijk zo, dat door deze voorziening de relatie arts - patiënt mogelijk wordt gemaakt (niet altijd speelt echter deze relatie een rol; we denken bijvoorbeeld aan maatregelen tot verbetering van de natuurlijke omgeving der mensen zoals watervoorziening, woningbouw etc.). Waar deze relatie echter aanwezig is, daar gaat zij per se uit boven de maatschappelijke gezondheidszorg die haar mogelijk maakt. Dan ook is zij steeds individueel en betreft zij altijd de „gehele” persoon, of zijn gezin, met zijn altijd wisselende persoonlijke noden. De arts spreekt nooit in zijn rol van de maatschappij-in-haar-aspect-van-gezondheidszorg tot de patiënt. Gezondheid ligt hoger dan het maatschappelijk welzijn, want in iemands somatisch en psychisch wezen ontmoet men noodzakelijk ook zijn ziel, en de arts moet hier rekening mee houden. De zorg voor de persoon in zijn totaliteit, geïnspireerd door de ontwikkeling van de medische wetenschap, die steeds meer de psycho-somatische richting ingaat, mogelijk gemaakt door de vanuit de maatschappij getroffen voorzieningen, kan dan ook van grote betekenis zijn als hulp in de nood, die wij noemden de nood om in zijn eigen doeleinden op harmonieuze wijze te voorzien.

Maar dan moeten ook zodanige eisen aan die maatschappelijke voorzieningen worden gesteld, dat zij de gewenste bijzonderheid van de relatie waarborgen en dat zij de garantie vormen tot behoud van deze relatie, waar mogelijk; dat er een positieve stimulans van uitgaat om die relatie te doen beantwoorden aan datgene wat ervan wordt verwacht, en — wat niet voor allen hetzelfde is — dat voorkomen wordt dat deze relatie wordt tot een louter neutraal contact.

De toenemende specialisatie kan het nodig doen zijn, dat met het oog op deze relatie de aandacht gevraagd wordt voor een derde figuur: de verpleegster. Dan zien we een driehoeksverhouding arts - verpleegster - patiënt ontstaan, waarvoor dezelfde eisen blijven gelden. Eisen die, naarmate de afhankelijkheid van de maatschappelijke voorzieningen toeneemt, meer dan ooit de aandacht vragen.

### *Beperkte doelstelling*

Wanneer wij ons nu beperken tot de maatschappelijke gezondheidszorg, dan ontlenen wij aan het bovenstaande het motief om binnen het kader van deze zorg vooral aandacht te schenken aan de maatregelen, die in hun consequentie raken tot in de persoonlijke sfeer en die, om te kunnen worden getroffen, toegang vereisen tot het persoonlijk leven en het directe persoonlijke levensmilieu, die dus doordringen tot in de intimiteit van de persoon.

In het kader van de historische ontwikkeling en de sociale evolutie schenken we eveneens aandacht aan de hiervan onderscheiden aspecten, maar vooral voorzover zij ons van nut kunnen zijn bij het maken van een onderscheiding, die van praktisch-organisatorische betekenis is. Tenslotte komend aan een concrete vormgeving — de ordening van de gezondheidszorg (hoofdstuk V) — is onze aandacht weer volledig gericht op dat aspect van de maatschappelijke gezondheidszorg, dat wij noemden de zorg die de persoon rechtstreeks betreft en die reikt tot in het persoonlijke milieu waarin de mens leeft, en die organisatorisch als een eenheid kan worden beschouwd.

Volledig zijn we ons bewust, dat we ons thans beperkt hebben tot slechts een onderdeel van de gezondheidszorg — niet eens tot de maatschappelijke gezondheidszorg, maar tot een bepaald aspect hiervan —. De vraag naar ordening van het gehele terrein der gezondheidszorg blijft daarmee onbesproken of komt althans onvoldoende tot haar recht. Hierdoor willen we geen afbreuk doen aan de betekenis, die gehecht moet worden aan het streven om de onderscheiden gebieden van de gezondheidszorg op elkaar af te stemmen — met elkaar in verband te brengen — tot een goed geordend geheel.

We zijn echter van mening, dat een nadere bestudering van het



door ons gekozen gebied kan bijdragen tot het vinden van richtlijnen voor oplossing van het ruimer liggend probleem. Een vruchtbare samenwerking zal, ook tussen de loten van één stam, het best tot stand kunnen komen wanneer men elkaar kent en begrijpt en weet, dat de karakters verschillen. Daarnaast menen we eveneens, dat de verschillende werkterreinen van de gezondheidszorg niet enkel moeten worden gezien in hun onderling verband, maar dat eveneens het verband met aangrenzende gebieden, die niet tot het gebied van de gezondheidszorg kunnen worden gerekend, onze volledige aandacht verdient.

We hebben hierbij o.m. gedacht aan de verhouding met het maatschappelijk werk. Een verhouding, die mogelijk van nog groter belang kan blijken dan het verband tussen de onderscheiden gebieden van de gezondheidszorg onderling. Ook dit was voor ons een motief om ons genoemde beperkingen op te leggen.

#### *Verhouding gezondheidszorg - maatschappelijk werk*

De nauwe relatie tussen gezondheidszorg en maatschappelijk werk treedt in de huidige tijd steeds meer op de voorgrond. Dit neemt niet weg dat — naar Van Loon betoogt — beide terreinen een van elkander onderscheiden object hebben <sup>1)</sup>.

Wanneer we zien naar dat gebied van de maatschappelijke gezondheidszorg, waartoe we ons beperkt hebben, en als we dan ook bij het maatschappelijk werk zien naar dat deel, dat zich richt tot het persoonlijk leven en het directe persoonlijk levensmilieu, willen we de praemisse nog graag aanvaarden dat de wetenschappelijke inzichten omtrent de gezondheidszorg en het maatschappelijk werk aan ieder een eigen onderscheiden en zelfstandig object toekennen. Het is ook van veel belang, dat beider taken duidelijk worden gesteld en deskundig ontwikkeld. Maar het is van niet minder belang dat wordt nagegaan, op welke wijze een intensieve samenwerking mogelijk is tussen deze twee voorzieningen, die zo vaak zijn gericht op dezelfde persoon en hetzelfde gezin. Immers, in de praktijk zal toch steeds meer rekening moeten worden gehouden met de persoonlijke nood waarin de mens verkeert, om uit al het gebodene een harmonieuze voorziening te kunnen opbouwen. Het is een nood, die de persoon ondergaat als *totaliteit*. Dit vereist een hierop ingestelde doelmatigheid, zeker in de zoeer

---

<sup>1)</sup> Van Loon, t.a.p., pag. 6.

de persoon en het gezin rakende zorg, waarmee de mens in deze tijd wordt omgeven.

De samenwerking zien we van tweeërlei aard, hetgeen volgt uit onze opvatting omtrent de maatschappelijke gezondheidszorg.

We denken aan een samenwerking tussen de organisaties, die zich met de onderscheiden zorgen belasten en een samenwerking tussen de personen, die het werk uitvoeren. In hoeverre samenwerking tussen de organisaties kan leiden tot organisatorische vereenvoudiging, is een vraag van de toekomst bij deze zich nog zozeer in ontwikkeling bevindende voorzieningen. De beantwoording van deze vraag zal afhankelijk zijn van de aanduiding der taken, van de aanduiding van het onderscheidene en van het gemeenschappelijke.

Hoe deze organisatorische figuur echter ook zal zijn — wij hopen zo eenvoudig mogelijk — in ieder geval zal de deskundigheid vereisen, dat de uitvoering geschiedt door personen met verschillende deskundigheid. Hier is het echter moeilijk om schematiserend te werken, want deze deskundigen zullen toch steeds de volledige persoon tegenover zich vinden. Deze zo persoonlijke arbeid kan men nu niet gaan binden aan alle mogelijke beperkende richtlijnen; men kan niet zeggen, dat b.v. de medicus altijd in zijn advies volledig de sociale zorg zal moeten mijden, evenmin als hij dit zal kunnen ten aanzien van de zielzorg, die ook een eigen object heeft. Men kan ook niet gaan verwachten, dat in eenzelfde gezin de medicus, de verpleegster, de maatschappelijke werkster, de psycholoog, de paedagoog, enz. elkaar ontmoeten, discussiërend hoe ze het best van elkaars terrein kunnen afblijven. Aan de andere kant stellen we prijs op deskundigheid en de vraag is, hoe dit raadsel van de toenemende specialisatie is op te lossen. Men kan ook van de medicus niet verwachten, dat hij op alle gebied volledig deskundig is en het werk van anderen overbodig maakt, ook al vindt hij de volle persoon tegenover zich. Nog minder wellicht kan men van de maatschappelijke werker, wanneer deze in het gezin komt en ook de volle persoon tegenover zich vindt, verwachten, dat hij voor alles raad weet te verschaffen.

De kern van de moeilijkheid, die hier wordt gedemonstreerd, ligt echter niet in de deskundigheid, maar in het opnemen van het contact met de persoon of het gezin, gestimuleerd door de toenemende vanuit de maatschappij getroffen onderscheiden voor-



zieningen. We missen de centrale figuur als voorpost. In de medische wereld kennen we deze centrale figuur wel, voor een belangrijk deel althans, en we vinden haar in de huisarts, die zich op de hoogte stelt van de „gehele” persoon. Via hem of in ieder geval met medeweten van hem, komt b.v. de — toch ook maatschappelijk geschoolde — wijkverpleegster in het gezin; via hem en niet door hem, wordt specialistische hulp verleend; hij wordt op de hoogte gesteld van de bevindingen der specialisten, particulier en werkzaam op consultatiebureau's. Voor het niet-medische werk wordt een soortgelijke figuur helaas gemist. Eenvoudig zal dit niet zijn op te lossen. Wellicht zou het echter juist voor het contact met het gezin nuttig kunnen zijn als in de toekomst de huisarts dit werk ook meer in zijn sfeer kon betrekken. De opleiding zou daar dan vanzelfsprekend rekening mee moeten houden, terwijl de eigen specialiteit van het maatschappelijk werk er niet door in gevaar zou mogen komen.

Het is dan ook niet bedoeld als een greep van de gezondheidszorg naar het maatschappelijk werk, maar slechts als een middel (hier maar als probleem en bij wijze van voorbeeld gesteld) in het belang van de gezinnen, die dan weten tot wie ze zich hebben te wenden. Schematisering van de zo persoonlijke arbeid moet worden voorkomen, terwijl toch gewaarborgd moet worden, dat de voor een bepaald geval geëigende kracht, ook uit de sector van het maatschappelijk werk, wordt ingeschakeld.

### *Invloed van de zielzorg*

Gezondheidszorg en maatschappelijk werk in hun alhier beoogde aspect, staan beide weer in nauwe relatie met de zielzorg.

Aangezien nu door bepaalde groeperingen de zielzorg niet wordt gekend of in haar betekenis verschillend wordt beoordeeld, zal de taak van de gezondheidszorg en het maatschappelijk werk verschillend worden bezien. Wanneer het object hetzelfde kan zijn, zal de methode toch verschillen. Dit zal het ook onmogelijk maken om uniforme richtlijnen voor de uitvoering op te stellen. De verscheidenheid der meningen, nauw verbonden met de onderscheiden wereldbeschouwingen, plaatst ons noodzakelijk voor het probleem van de verscheidenheid in opbouw ter onderscheiden „deskundige” behartiging.

Nu we het probleem van de samenwerking tussen gezondheidszorg en maatschappelijk werk — althans voorzover het betreft een bepaald aspect van beide — meenden te moeten stellen, rijst de vraag of we ons in hoofdzaak mogen beperken tot een nadere beschouwing van de maatschappelijke gezondheidszorg alleen.

We zijn van mening deze vraag bevestigend te mogen beantwoorden omdat we de principes, waarvan we uitgaan, in hoofdzaak evenzeer toepasbaar achten op de uitvoering van het maatschappelijk werk. Daarnaast zijn we van mening, dat de vele problemen op het gebied van de ordening der gezondheidszorg om een oplossing vragen, alvorens praktisch en met succes de ordening in het gestelde ruimer verband kan worden aangepakt.

Wel zijn we overtuigd dat richtlijnen, die het bereiken van een oplossing pogen voor te staan, zelfs in het kader van de huidige — weliswaar nog zeer in ontwikkeling zijnde — omstandigheden, niet definitief kunnen zijn en evenmin de pretentie mogen hebben van afdoende te willen zijn. En het is daarom gewenst om die maatregelen te mijden, die al te zeer op de toekomst vooruitlopen.

Tenslotte zij opgemerkt, dat ons doel slechts is en ook slechts kan zijn een bijdrage te verlenen tot ordening van de nog zozeer in evolutie zijnde sociale voorzieningen, die, mogelijk gemaakt door talrijke organisaties, vanuit de maatschappij worden getroffen en min of meer rechtstreeks treden in het persoonlijk leven en de persoonlijke levensgemeenschap.

## HOOFDSTUK II

### GEZONDHEID EN SAMENLEVING

#### § 1. Betekenis van de samenleving voor de gezondheid

##### *Subjectieve betekenis van gezondheid*

Gezondheid wordt omschreven als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Deze toestand zien we voor ieder verschillend, afhankelijk van de persoonlijke wijze, waarop men er in slaagt zijn eigen doeleinden op een harmonieuze wijze op te bouwen. Dit te kunnen is een recht van alle mensen, waarover men ook spreekt. Maar hoe kan hieraan worden voldaan?

Omdat die toestand zo persoonlijk is, zal er een veelheid zijn van strevingen en eveneens een veelheid van voorzieningen. Maar dit waarborgt niet, dat aan het gestelde recht van allen zal worden voldaan; daarvoor is nodig dat er een bepaalde orde in deze strevingen en voorzieningen komt. Neemt men aan, dat die orde spontaan tot stand komt en men ze dus kan overlaten aan de veelheid van mensen zelf, dan is daarmee de diversiteit wel in de hoogste mate gewaarborgd. Maar is de stelling, dat deze orde spontaan tot stand zal komen, te bewijzen en hebben de feiten ons niet het tegenovergestelde geleerd? <sup>1)</sup> Het is daarom, dat we ons wenden tot de ordenende werkzaamheid van de gemeenschap, teneinde de strevingen en de wijze van voorzieningen te leiden in het belang van allen. Daaruit volgt dan weer, dat deze strevingen moeten worden gekend, omdat het anders niet mogelijk zal zijn de juiste voorzieningen te treffen.

Physieke gezondheid en mogelijk voor een deel ook de psychische gezondheid, kan nu gekend worden als een objectief goed, dat door ieder subjectief gelijk zal worden gewaardeerd en waarin dan ook als zodanig op gelijke wijze kan worden voorzien. Maar heeft men dit objectief goed en het streven om dit te bereiken altijd los kunnen zien van de totale persoon? De definitie van gezondheid wijst er thans ook op, dat dit niet zo is. En Rösle

---

<sup>1)</sup> Prof. Dr M. J. H. Cobbenhagen, *Een sociaal probleem van de sociaal-economische vernieuwing*. In: *Economie*, tiende jrg., 1945, pag. 3.



omschrijft daarom gezondheid „als den Zustand, wenn ein Mensch sich in vollkommener Anpassung an die Umwelt und der auf ihn einwirkenden Lebensreize befindet, sich wohlgeföhlt (subjective Gesundheit) und keinerlei Zeichen von abnormen Verhalten darbietet (objective Gesundheit) <sup>1)</sup>.

De vraag is nu, hoe men het objectieve kan inpassen in zijn persoonlijk en sterk subjectief bepaalde waardeschema; hoe men een algehele harmonieuze voorziening kan bereiken. Hierbij is de wijze, waarop de voorzieningen worden getroffen, van grote betekenis. De mens, die steeds meer afhankelijk is geworden van vanuit de maatschappij te treffen voorzieningen, dreigt voor grote moeilijkheden te komen staan als die voorzieningen alleen objectief — voor allen van gelijke waarde — worden gezien en wanneer geen rekening wordt gehouden met de noodzakelijkheid om ze in het eigen persoonlijk waardeschema in te passen, waar vele subjectieve elementen een rol spelen; wanneer ze niet tevens het hulpmiddel bieden voor een „harmonieuze” voorziening.

Dit is een zaak van grote betekenis, die van invloed is op de gedachten die we hebben omtrent de ordening. We zullen trachten deze gedachten nader in dit hoofdstuk, aan de hand van de historie, te verduidelijken.

### *Een probleem ondanks daling der sterfte*

Overtuigd, dat we te helle kleuren gebruiken, vinden we in het navolgende een aanleiding om, enkel ter verduidelijking van onze gedachten, de periode van de oude gemeenschapsidee <sup>2)</sup> ideaal-typisch te bezien.

Het viel ons namelijk op, dat vanaf 1770 de volksarmoede als „probleem” in de publicaties naar voren gaat treden. In paragraaf 2 van dit hoofdstuk zullen we hier nader op ingaan; thans echter vragen we ons af, waarom nu pas van een probleem wordt gesproken. Hetzelfde constateren we op het gebied van de fysieke gezondheid, die in deze zelfde tijd aanleiding geeft tot verontrusting. Bijl schrijft de oorzaak hiervan toe aan de kapitalistische georiënteerde fabrieksindustrie, die de plaats ging innemen van de huisindustrie: „De concentrering van de arbeid tengevolge

<sup>1)</sup> Geciteerd door: F. Beckermann, *Sünde und Organische Krankheit*. In: Jahrbuch des Katholischen Akademiker Verband. Regensburg 1950, pag. 46.

<sup>2)</sup> Jacques Maritain, *Naar een nieuwe Christenheid*. Hoofdstuk I, Middeleeuwse Christenheid. 1936.

van de industriële revolutie leidde tot het ontstaan van slums met de daaraan verbonden hygiënische misstanden”<sup>1)</sup>).

Dat men nu van een probleem ging spreken verwonderde ons, niet omdat de toestanden daar geen aanleiding toe gaven, maar omdat de ontwikkeling van de medische wetenschap ons zou hebben doen verwachten, dat de gezondheidszorg (toentertijd veelal nog haar plaats vindend in de sfeer der maatregelen tot bestrijding van de armoede) zou zijn verbeterd. En de feiten tonen ons ook, dat er op verschillend gebied van verbetering sprake moet zijn geweest. In de jaren voor 1800 was het immers geen zeldzaamheid dat de bevolking tengevolge van ziekten plotseling werd gedecimeerd met alle daaraan verbonden nadelige invloeden op het maatschappelijk leven.

In Londen stierven in het jaar 1625 54.265 mensen, waarvan 35.417 aan de pest, terwijl in datzelfde jaar slechts 6.983 geboorten werden geregistreerd<sup>2)</sup>. Een overzicht omtrent het geboorteoverschot in de stad Amsterdam spreekt eveneens duidelijke taal<sup>3)</sup>. En op het platteland bleef menige nood verborgen, om de buitenwereld geen argument in handen te geven tot het veroordelen van aldaar heersende toestanden. Men vertoonde als groep, zoals Vierkandt het uitdrukt, de tendens „den Vogel Strausz zu spielen”<sup>4)</sup>. Dit blijkt typisch uit een voorbeeld uit het jaar 1727, dat de toestand op het gebied van de gezondheidszorg demonstreert: „de regenten van Asten ordonneerden bij het uitbreken van de ziekte, die de „loop” werd genoemd: dat oock lijnwaet of beddegoet nyet op de straet, maar agter de huysinge, buyten ’t gesigt van menschen, moet worden vervoert. Dat oock de dooden stillekens begraven sullen moeten worden, sonder luyden der klokken, opdat het buyten dorps nyet verspreyt en erger gemaectt werdt als het is. Alles op peene van tien gulden boete”<sup>5)</sup>.

Maar vanaf 1800 zien we dan, dat de bevolking snel gaat toenemen. Alhoewel geen statistische gegevens kunnen worden geraadpleegd, meent Van Hinte aan een studie van de Nederlandse

<sup>1)</sup> Prof. Dr J. P. Byl, *Hygiëne als maatschappelijk verschijnsel*, 1946, pag. 7.

<sup>2)</sup> Werner Sombart, *Das europäische Wirtschaftsleben im Zeitalter des Frühkapitalismus*. Der Moderne Kapitalismus, II, 2, 1928, pag. 1123.

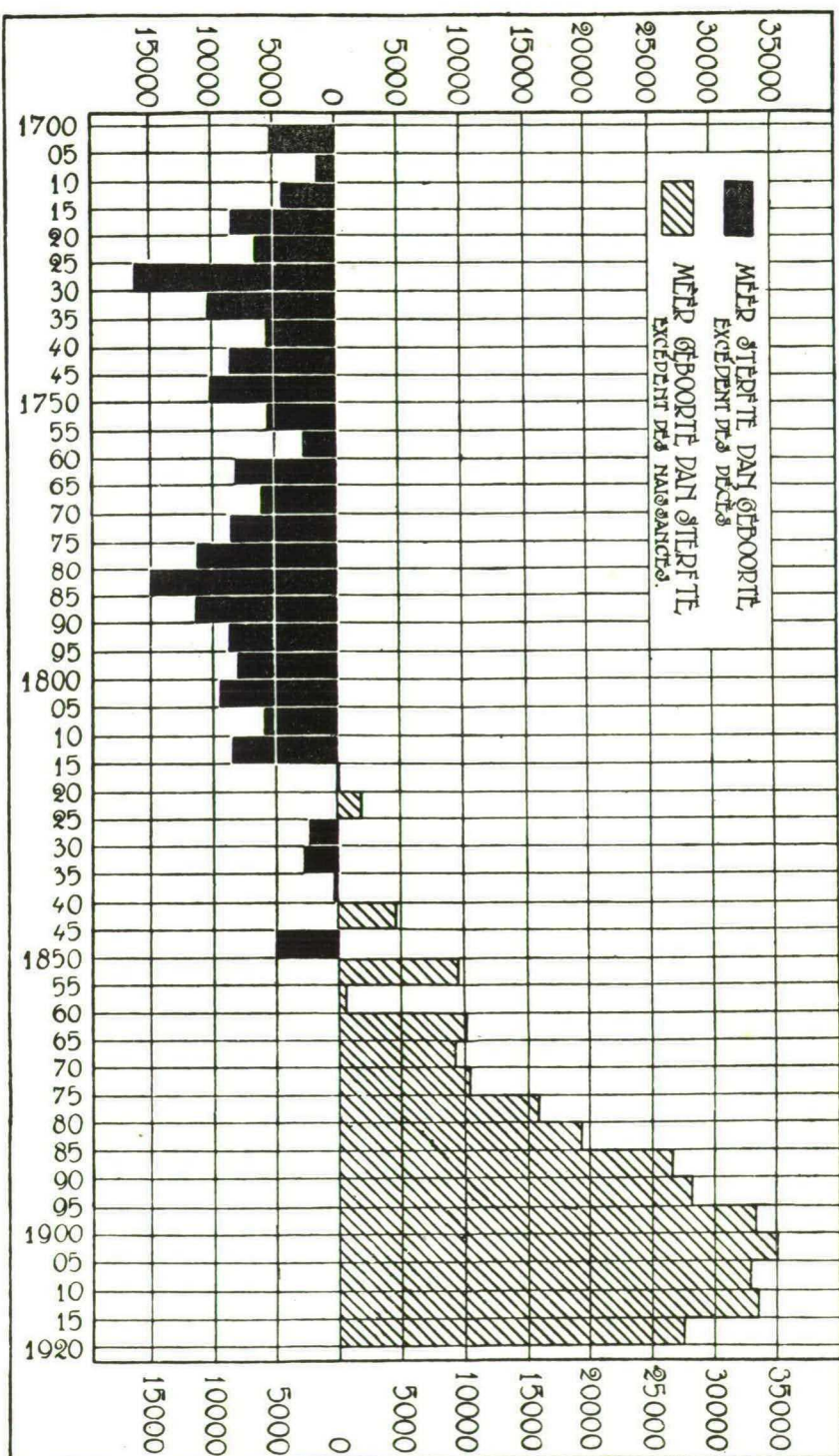
<sup>3)</sup> *Statistiek der bevolking van Amsterdam*. Nr 67 der mededelingen van het gemeentelijk bureau voor statistiek. 1923, pag. 15.

<sup>4)</sup> Alfred Vierkandt, *Gesellschaftslehre*. 1928, pag. 361.

<sup>5)</sup> H. Ouwerling, *Geschiedenis van Deurne*. 1933, pag. 313.



# GEBOORTE-OVERSCHOT IN VEFJARIGE PERIODEN VAN 1700 - 1919 EXCÉDENT DES NAISSANCES DANS LES PÉRIODES QUINQUENNALES DE 1700 - 1919.





bevolkingscijferaar, Nicolaas Struyck, te mogen ontleen, dat Europa lange tijd een stationnaire bevolking heeft gehad en dat vooral de achttiende eeuw er door werd gekenmerkt. Geboorte en sterfte waren zo ongeveer met elkaar in evenwicht. Het sterftecijfer lag tussen de 40 en 50 per 1000 <sup>1)</sup>. Sombart, die de gebrekkige hygiëne de voornaamste oorzaak noemde die tot dan een ontwikkeling van het kapitalisme in de weg had gestaan <sup>2)</sup>, registreert vanaf 1800 een plotselinge bevolkingstoename. Als indexcijfers voor deze toename in Europa noemt hij in het jaar 1800: 100 en in het jaar 1850: 147. Hij schrijft deze vermeerdering toe aan verbetering van hygiënische toestanden. Verbetering tengevolge van kanalisatie, woningverbetering, toename aantal artsen, verbeterde waterverzorging, wijziging in onderhoudsmiddelen, etc. Het aantal geboorten per 1000 inwoners bleef constant, het verloop der sterfte werd gunstiger <sup>3)</sup>.

Ook in Nederland zien we voor de jaren 50 van de negentiende eeuw de bevolking toenemen <sup>4)</sup>. En deze groei wordt eveneens toegeschreven aan een daling der sterfte. Heere verschaft ons hieromtrent sprekend materiaal in zijn beschouwing over de tegenwoordige en toekomstige demografische situatie in Nederland <sup>5)</sup>. En bij Ensink lezen we, dat als vaststaand wordt aangenomen, dat in Nederland de vermindering der algemene sterfte toegeschreven moet worden aan verbetering van het milieu, waarin de mens leeft. Deze verbeteringen zijn verkregen door de geleidelijke ontwikkeling der hygiëne, die leidde tot woning- en lichaamshygiëne, bestrijding der besmettelijke ziekten, mogelijk door de groeiende bacteriologie <sup>6)</sup>.

#### *Belang van de harmonische gemeenschap*

Uit deze gegevens menen we te mogen afleiden, dat in vroeger tijd toch zeker nog geen grotere mogelijkheden de gezondheidszorg ter beschikking stonden. En we vragen ons daarom af of het, nu men pas later de toestand als zo ernstig beschrijft, mogelijk was

<sup>1)</sup> Dr E. van Hinte, *Inleiding in het bevolkingsvraagstuk*. 1943, pag. 31 en 32.

<sup>2)</sup> Werner Sombart, t.a.p., pag. 1123.

<sup>3)</sup> Werner Sombart, *Das Wirtschaftsleben im Zeitalter des Hochkapitalismus*. Der Moderne Kapitalismus III, 1, pag. 355.

<sup>4)</sup> Van Hinte, t.a.p., pag. 76.

<sup>5)</sup> Prof. Dr W. R. Heere, *De tegenwoordige en toekomstige demografische situatie in Nederland*. Praeadvies van het congres over de gevolgen van de bevolkingsvermeerdering. 1949, pag. 8 en 9.

<sup>6)</sup> H. J. Ensink, *Moederschapszorg in het markiezaat van Bergen op Zoom*. 1940, pag. 182.

om met de middelen, waarover men wel de beschikking had, „gezondheid” zodanig na te streven, dat er geen aanleiding was om van een zo dringend probleem te spreken.

En dan zijn we geneigd deze vraag bevestigend te beantwoorden, omdat de opvatting omtrent de oude gemeenschapsidee daar aanleiding toe geeft. Dit gemeenschapsbeeld werd in het algemeen gekenmerkt door traditionele organische bindingen. Die onderlinge verbondenheid, getypeerd door de persoonlijke relatie van patroon en ondergeschikte, moet ongetwijfeld van veel sociale betekenis zijn geweest door de zekerheid die zij, volgens dan geldende normen, bood. Een zekerheid, die tevens ook een tegenwicht tegen de gebrekkige mogelijkheden van de gezondheidszorg vormde. De enkeling had in deze gemeenschap zijn „geborgenheid”, zijn plaats, van waaruit hij als volle persoon, door een net van horizontale en verticale betrekkingen, innerlijk met het geheel verbonden was; hij „telde mee”, hoe gering zijn positie ook mocht zijn. Dit „erkend” worden als groepsgeenoot is voor het individu een onschatbare steun, meer dan dat, wij zouden kunnen zeggen dat het voor het merendeel der enkelingen praktisch een levensvoorwaarde is. Want het opgenomen zijn in een groep betekent deel hebben aan de waarde, die door de groepsleden aan de groep en haar vertegenwoordigers wordt toegekend; het schenkt het individu gevoel van eigenwaarde, een rechtvaardigingsmogelijkheid, welke het anders zou moeten ontberen<sup>1)</sup>. Dit alles gedragen door een diep religieus besef, waaraan het zijn inhoud en stijl ontleende.

De zekerheid, waarover we spreken, was dan ook niet enkel een materiële zekerheid. Ze werd niet verabsoluteerd als doel op zich, maar was afgestemd op de levenseenheid, die de persoon of het gezin is. Deze leerde ze plaatsen in de rangorde van eigen doeleinden en ze mede daardoor op haar betrekkelijkheid — het leven is toch van aard onzeker — waarderen, waardoor misschien juist het levensgeluk kon worden aanvaard, zoals het zich bood en voorzover de mogelijkheden en inzichten reikten. Men kon zich „gezond” voelen ondanks een gebrekkige gezondheidszorg.

De hygiënist Fischer wijst op de betekenis van deze samenleving als hij zegt: „Dasz das Christentum mit seiner Predigt von der Menschenliebe einen ungemein segensreichen Einflusz

<sup>1)</sup> Prof. Dr A. Oldendorff, *Maatschappelijke tegenstellingen*. 1949, pag. 8.



zugleich auf die Gesundheitsverhältnisse ausgeübt hat, ist unzweifelhaft; es sei nur an die im engen Bunde mit der Religion stehende Kranken- und Armenpflege erinnert, ganz abgesehen von der Pflege der Heilkunde durch die mittelalterlichen Universitäten" <sup>1)</sup>. En Walter, eveneens hygiënist, schrijft: „Dasz das Mittelalter sich nicht zur Höhe moderner Sozial-hygiene aufschwang, hat verschiedene Zeitgeschichtliche Ursachen, u.a. die Schädigungen der Gesundheit, die aus den sozialen Verhältnissen entsprangen, waren nicht so tiefgreifend wie in der Neuzeit; die soziale Differenzierung war nicht lediglich ein Unterschied des Besitzes, infolge dessen waren auch die Klassegegensätze nicht so schroff entwickelt. Uebrigens fehlt es nicht an geschichtlichen Zeugnisse, dasz manche Seiten der Sozialhygiene, wie Sorge für genügende Ernährung der Arbeiter, Fürsorge für die Tage der Krankheit und des Alters entsprechend dem humanen christlichen Geist der Zeit zur Geltung kamen" <sup>2)</sup>.

#### *Gezondheid ondanks gebrekkige gezondheidszorg*

Gezondheid bleek hier derhalve niet alleen afhankelijk van technische mogelijkheden (al kunnen deze een belangrijke bijdrage daartoe geven) om in de noden te voorzien, maar vooral zelfs van de wijze waarop de persoon en het gezin konden delen in de mogelijkheden; van de wijze, waarop deze persoon en zijn gezin in hun noden konden voorzien; van de wijze waarop zij deze voorziening harmonieus konden opbouwen en afstemmen op het hoogste menselijke doel. De organische opbouw van de maatschappij bood hiertoe de mogelijkheid. Dit betekent niet dat het ideaal, zoals we dit ideaaltypisch stelden, was bereikt, maar wel dat het mogelijk was om een harmonieus persoonlijk leven op te bouwen of althans na te streven in het verband van de samenleving. We hoeven daarbij de ogen niet te sluiten voor de dagelijkse realiteit van ziekte en menselijke tekortkomingen. Maar evenmin mogen de ogen worden gesloten voor hetgeen mogelijk was door de „volledige" persoon centraal te stellen in een geordende samenleving, die op haar beurt duidelijk de grens voor de persoonlijke strevingen stelde. Een grens, die geheel anders komt te liggen als de persoon niet meer de centrale plaats inneemt en niet meer

<sup>1)</sup> A. Fischer, *Öffentliche Hygiene*. In: Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 4<sup>e</sup> Auflage, pag. 307.

<sup>2)</sup> Fr. Walter, *Die Sozialhygiene in ihrem Verhältnis zur Weltanschauung und Ethik*. In: *Sozialhygienische Abhandlungen*. 1921, Heft 5.

het centrale punt vormt van alle strevingen; als de volwaardige persoonlijkheid niet meer de maat is van de strevingen, die door de hogere aan de lagere strevingen moet worden opgelegd <sup>1)</sup>).

De betekenis van een — zij het ideaaltypisch gestelde — hiërarchisch geordende samenleving voor het bereiken van „gezondheid” — in aanmerking genomen de objectieve mogelijkheden — zal nog duidelijker naar voren treden als we de thans beschreven samenleving vergelijken met een latere periode, waar men, ondanks de beschikking over grotere mogelijkheden, geringer resultaat bereikte.

## § 2. De armoede en haar invloed op gezondheid

De blik in de historie, die we ons veroorloofden om het beeld van de oude gemeenschapsidee naar voren te halen, was als een blik over zee bij helder weer. Ze lijkt dan op een spiegel die geleidelijk vervloeit in de horizon. Maar in werkelijkheid zal degene die haar bevaart de golvingen en stromingen voelen en uit hun kracht kunnen afleiden of storm op komst is.

Zo ontstond ook in die oude besloten wereld een drang naar vrijheid, die zich vanuit de renaissance ontwikkelde en die, gevoed door de grote filosofische stromingen van de zeventiende en achttiende eeuw met haar belangstelling voor de *lex naturalis*, geleidelijk voerde tot een zelfstandigheid van denken en handelen en willen, in afwijking van de voordien bestaande afhankelijkheidsgevoelens <sup>2)</sup>. Daarbij werd echter zover gegaan dat men geloofde, dat de bekwaamste mensen vanzelf omhoog zouden komen en dat geloof werd versterkt, doordat men op de mens Darwin's theorie van „the survival of the fittest” toepaste.

### *Verval van de gemeenschap*

Het gehele samenlevingsbeeld, waarvan Verberne ons zo'n levendige beschrijving geeft, werd hierdoor beïnvloed. De arbeidende mens ging men zien als een behoeftige — niet meer als persoon die behoeftig kan zijn — en de werkgever als diens wel-doener. En toen het economisch beleid ertoe leidde, dat tegenover de gunstige stand van het nationale inkomen de werkloosheid toenam, was dit voor de litterator een aanleiding om te gaan spreken

<sup>1)</sup> Cobbenhagen, t.a.p. pag. 2 en 3.

<sup>2)</sup> Dr P. J. Bouman, *Van renaissance tot wereldoorlog. Vier eeuwen Europese cultuur-geschiedenis*. 1938, pag. 15.



van „goor verval van het werkende volk”. Zo verloor in de achttiende eeuw het energiek werkende volk, dat mede de Gouden Eeuw bouwde, zijn persoonlijkheid. „Tegenover de pracht, de weelde, de overdaad van de rijkdom staat de ellende van een grauwe vormloze massa van paupers, van bedelaars en landlopers.” De armen gaf men een aalmoes, echter zonder hen in de „gemeenschap” op te nemen; zonder bewust naar een maatschappelijke orde te streven, hetgeen o.m. blijkt uit de afkeer die bestond tegen een rationele inkomstenbelasting.

Tegenover deze verarming stond men vreemd en onwennig. „Vreemd, omdat het wezen van het verschijnsel niet voldoende meer werd gezien en nog minder voldoende werd begrepen.” Dan ook verliest de philanthropie haar ware karakter en inspiratie en wordt zij steeds meer gedreven door een sociaal angstmotief, hetgeen blijkt uit een in Van Hogendorp's schriftelijke nalatenschap gevonden „Missive van een Minister eener aanzienlyke Hollandsche stad aan een Regent derzelve over de staat der armen in 1793. Hierin wordt gehandeld over het grauw of eigenlijk gemeen, onvatbaar voor zedelijke en godsdienstige indrukken, over mensen, die als redeloze dieren voortleven. Tot nog toe, zo zei Van Hogendorp, hebben wij het gemeen in orde gehouden, maar het groeit tegen den druk aan. Hij wijst op het Frankrijk van de revolutie, „waar alle de omwentingen sedert vier jaaren door het gemeen uitgewerkt zijn. Het gemeen is geduurig het werktuig van heersch- en wraakzuchtige lieden geweest. Wel achtte Gijsbert Karel ten onzent in 1793 een volksuitbarsting niet nabij nog, doch het voorbeeld van Frankrijk zou stimulerend kunnen werken.”

„Zo was de toestand, toen de nationale rijkdom ging verstijven tot dor renteniersbezit. En toen de Republiek, waarvan men eerst de ideologie der bevrijding had verwacht, in 1795 ineenzakte, bezaten wij, naast een drom van renteniers, een lompenproletariaat. En tussen beide groepen een economisch zwakke burgerij, die tengevolge van de volgehouden storing van het bedrijfsleven door de oorlog, steeds zwakker worden zou, doch die zich belast zag, zich belast had met de taak een nieuw staatsbestel te organiseren en een nieuwe volkswelvaart op te bouwen.”<sup>1)</sup>

---

<sup>1)</sup> Zie Prof. Dr L. G. J. Verberne, *Het sociale en economische motief in de Bataafse tijd*. 1947.

*Het economisch liberalisme*

Dan zet de industriële evolutie in, die derhalve niet de oorzaak van de armoede kan worden genoemd. Adam Smith had in 1776 zijn bekende leer verkondigd in: „An Inquiry into the nature and causes of the Wealth of Nations”, waarmee de grondslag werd gelegd voor een economisch liberalisme, dat als devies voerde, dat ieder vrij gelaten moest worden om zijn eigen doeleinden na te streven. Er werd van uitgegaan, dat de ongeremde concurrentie tot voordeel strekte en heilzaam was voor de maatschappij. In ons land treedt nu het type van de moderne ondernemer op de voorgrond; een geweldige energie komt vrij en verhoogt de productiviteit. Maar naast dit voordeel krijgen tegelijkertijd de gewetenlozen en de egoïsten vrij baan. De nieuwe mogelijkheden en de divergentie tussen de behoeften van het steeds groeiende mensental en de bekende productiemogelijkheden, plaatsten het productiviteitsvraagstuk in het middelpunt van de belangstelling. De nieuw ontplooiende energie bleef echter de sociale aspecten negeren; het verdelingsvraagstuk werd weliswaar niet ontkend, maar toch ook niet gezien in zijn ware functie, met name als middel tot een zo groot mogelijke behoeftenbevrediging van alle leden der maatschappij <sup>1)</sup>. De mening heerste, dat waar de arbeidstijd van werklieden zou worden geregeld, ook de lonen in verhouding tot de levensbehoeften zouden moeten worden vastgesteld, wil de arbeider geen gebrek lijden. Maar . . . dit zou in strijd zijn met alle dan geldende regels ener gezonde staathuishoudkunde. „Tendre à l'égalité des salaires, c'est vouloir supprimer le principe de l'offre et de la demande, qui règle à la fois le prix des marchandises et le taux des salaires”, zegt Léon Faucher <sup>2)</sup>.

Nu worden ook de laatste restanten van nog bestaande traditionele verhoudingen overboord gezet; de samenleving gaat het kenmerk dragen van mechanische betrekkingen en van verzakelijking van oorspronkelijk persoonlijke banden. Het onbeschermde contract, uitsluitend afhankelijk van de wet van vraag en aanbod, neemt volledig de plaats in van de vroeger bestaande „geborgenschap”; de religieuze zekerheid wordt overwoekerd door de struggle for life, die individueel moest worden gevoerd. En

<sup>1)</sup> Prof. Dr M. J. H. Cobbenhagen, *Productie en verdeling*. In: *Economie*, 2e jaargang 1937, pag. 580 e.v.

<sup>2)</sup> Léon Faucher, *Mélanges d'économie politique et de finances*. II Economie politique, Paris 1856, pag. 181.



een gevoel van verlatenheid bleef over, zonder uitzicht, met als gevolg een dalend besef van zelfverantwoordelijkheid. Er ontstond een vervreemding tussen de mensen onderling en tussen groepen van mensen. We zouden enkel nog kunnen spreken van een lots-verbondenheid.

„De snelle industrialisatie”, zo schrijft Oldendorff „en de daarmee samenhangende bevolkingsverschuivingen, de intensivering van het verkeer en de aansluiting van voorheen autarke gebieden op de grotere markt, dit gehele complex van veranderingen heeft den enkeling zijn oude wereld ontnomen en hem vrijwel zonder overgang geworpen in een nieuwe, onoverzichtelijke wereld, waar hij zijn plaats niet spoedig kon vinden.” „En als we begrijpen dat de wens iets te zijn en als zodanig erkend te worden een der meest fundamentele menselijke drijfveren is, dan kan de hunkering naar gemeenschap worden verstaan” <sup>1)</sup>, die leidde tot het zoeken in de richting van hen die deze, zij het ook een voor ons niet aanvaardbare, gemeenschap in het uitzicht stelden.

Een beroep op de philanthropie, die een grote omvang had, als rechtvaardiging dat het christelijke bewustzijn niet dood was, vormt voor ons geen motief om de situatie van minder ernstige aard te zien. In feite heeft de „individuele” christelijke naastenliefde altijd bestaan en zal zij altijd nodig blijken om in bijzondere noden te voorzien en om het bewustzijn van een menselijke plicht levendig te houden. Maar van individuele philanthropie alleen mag men geen maatschappelijke orde verwachten, die de persoon centraal stelt, die de waardigheid van allen erkent en mogelijk maakt dat *algemeen* in de noden wordt voorzien.

#### *Achteruitgang der gezondheid*

Het behoeft ons thans niet meer te verwonderen, dat ondanks daling van het sterftcijfer tengevolge van tevoren niet gekende mogelijkheden, van een probleem en van concentratie van misstanden wordt gesproken. De feitelijke toestanden, in talrijke publicaties beschreven <sup>2)</sup>, wijzen daar dan ook op. Dat de kinderarbeid grote vormen ging aannemen, blijkt uit een schrijven uit het jaar 1861 van de hoofdcommissaris van politie te Maastricht aan de burgemeester aldaar: „Met innig leedwezen ziet men hier

<sup>1)</sup> Oldendorff, t.a.p. pag. 7 en 8.

<sup>2)</sup> Zie o.m. J. H. Starmans, *Verloskunde en kindersterfte in Limburg*. 1930; H. Roland Holst van der Schalk, *Kapitaal en arbeid in Nederland*. 1932; Verberne, t.a.p.; Brugmans, *De arbeidende klasse in Nederland in de 19e eeuw*. 1928.

de jeugdige fabrieksarbeiders als schimmen en in hunne opvoeding veel gelijkende naar redeloze schepselen, langs de straten lopen." Van hun negende jaar af waren ze hier werkzaam in de glasblazerijen en aardewerkfabrieken. Pas te middernacht of later gingen ze naar huis om dan door anderen van hun leeftijd te worden vervangen <sup>1)</sup>. In 1855 werd in Nederland gesproken van slavernij: kinderen van 4½ en 5 jaar werkten in touwslagerijen, in de zomer van 5 uur 's morgens tot 8 uur 's avonds en in de winter van 6 tot 7 uur <sup>2)</sup>. Coronel stelde in het jaar 1859 een onderzoek in, waarvan de resultaten een scherp licht werpen op de situatie. Het volgend willekeurig detail van dit onderzoek spreekt duidelijk.

En zo stond een door pauperisme geteisterde volksklasse weerloos tegenover allerlei ziekten. „Cholera-aanvallen (1832, 1848, 1849, 1853, 1866) troffen daarom de volksklasse het zwaarst. Ook de kindersterfte was enorm. Wat Coronel verhaalt — te Middelburg stierven in 1860 van de 95 door de arbeidsters ter wereld gebrachte kinderen er 46 in het eerste levensjaar — moge wellicht een sinister record zijn, ook elders was de kindersterfte groot, niet alleen in de steden, maar eveneens op het platteland, al was het leed er minder algemeen. Zeer tekenend waren de ervaringen bij de keuring voor de nationale militie. In het rapport van de enquête-commissie van 1863 vindt men, dat van de jonge lijnslagers ruim 62 % moest worden afgekeurd, van de textielarbeiders ruim 37 %. Niet minder sprekend is, dat bij de meting van de lotelingen in 1865 niet minder dan 24.87 % beneden een lichaamslengte van 1.60 m bleef (in 1925 was het percentage 5.18). Dit geldt voor de gehele bevolking, zodat het waarlijk niet te vermetel is aan te nemen, dat het hoge cijfer van 1865 voor een niet gering gedeelte gevolg is van de ellende des volks." <sup>2)</sup>

Dat de gevolgen echter niet beperkt bleven tot de fysieke gezondheidstoestand, blijkt o.m. uit hetgeen Coronel in het jaar 1869 schreef: „de vrouw des huizes, tot het werk in de fabriek geroepen, kan hare krachten en zorgen niet meer aan haar gezin en de opvoeding harer kinderen wyden. De vader, teruggetrokken in de fabriek, verflauwde al meer en meer in zijne liefde en gehechtheid van den huiselyken haard en zyne genegenheid voor vrouw

<sup>1)</sup> Brugmans, t.a.p. pag. 99.

<sup>2)</sup> Prof. Dr L. G. J. Verberne, *De Nederlandse arbeidersbeweging in de 19e eeuw*. 1950, pag. 52 en 53.



STAAT VAN DE PROGENITUUR DER GEHUWDE ARBEIDERS VAN DE CALICOTS-FABRIEKEN  
TE MIDDELBURG <sup>1)</sup>

Voig- nummer	Aan- tal kin- de- ren in leven	Ouderdom der kinderen	Aan- tal kin- de- ren over- leden	Ge- zoogd of niet ge- zoogd	Oorzaak van overlijden	Ouderdom der overledenen	Aanmerkingen
1	5	van 1—8 jaar	geene	gez.	.....	.....	wever; de kinderen zijn anaemisch-scrophuleus, veeltijds ziekelijk en lijden veel aan slepende borstaandoeningen
2	2	4 en 7 jaren	2	gez.	kindertering	beide ben. 1 j.	de man heeft nu zijne derde vrouw, die ook in de fabriek werkzaam is; de twee vorige waren jeugdig; eene daarvan, die weefster was, is aan phthisis gestorven; de overledene kinderen waren uit het huwelijk met deze laatst overleden vrouw
3	1	4 jaren	4	n.gez.	kindertering	allen ben. ½ j.	wever; de vrouw is waschvrouw
4	1	7 jaren	6	2 gez.	kindertering	allen ben. 1 j.	wever; de vrouw is waschvrouw
5	2	5 en 11 jaren	4	2 gez.	kindertering	allen ben. 1 j.	wever; de vrouw is 12 jaren op de weverij geweest
6	1	1 jaar	1	n.gez.	kindertering	ben. 1 jaar	de man heeft zijne tweede vrouw. Het gehele gezin is zeer cachectisch
7	geene	.....	....	....	.....	.....	de man is onlangs gehuwd; de vrouw is gravida en werkt in de fabriek
8	1	7 maanden	....	gez.	.....	.....	jonggehuwden; de vrouw is weefster en werkt in de fabriek
9	3	1 en 3 j. en 1 m.	....	gez.	.....	.....	wever; de vrouw is weefster geweest
10	2	3 en 6 jaren	....	gez.	.....	.....	wever; de vrouw is waschvrouw
11	1	1 jaar	3	n.gez.	kindertering	allen ben. 1 j.	
12	1	17 jaren	4	gez.	kindertering	allen ben. 1 j.	wever; de 17-jarige zoon is in de fabriek werkzaam
13	2	4 en 2 jaren	....	....	.....	.....	wever; de vrouw is zonder bestaan
14	2	2 j. en 3 w.	3	n.gez.	kindertering	allen ben. 1 j.	wever; de vrouw is weefster en werkt in de fabriek
15	2	5 en 9 jaren	2	n.gez.	kindertering	allen ben. 1 j.	de man is weduwnaar; zijne vrouw is kort na een abortus aan phthisis overleden. Zij was in de fabriek werkzaam.
16	geene	.....	....	....	.....	.....	
17	1	3 jaren	2	n.gez.	kindertering	beide ben. ½ j.	de man is 3 jaren gehuwd; de vrouw is weefster
18	geene	.....	3	n.gez.	2 aan kindert. 1 doodgeboren	allen ben. ½ j.	de man is weduwnaar. De vrouw, die weefster was, is aan typhus in hoog zwangeren staat overleden
19	1	2 jaren	4	n.gez.	kindertering	allen ben. ½ j.	de man is onlangs met eene weefster getrouwd
20	1	5 maanden	....	n.gez.	.....	.....	opzigter in het lokaal. Eene dochter is in de fabriek werkzaam. De vrouw was weefster
21	5	2—14 jaren	1	2 gez.	kindertering	ben. 1 jaar	weefster; onlangs met een wever gehuwd, die in de fabriek werkzaam is
22	1	7 maanden	....	gez.	.....	.....	weefster; de man is aan de gasfabriek werkzaam
23	geene	.....	....	....	.....	.....	weefster; de eerste man was aan de weverij, de tweede is aan de gasfabriek
24	geene	.....	....	....	.....	.....	weefster; de vrouw is slechts drie maanden in de fabriek, de man werkt daar reeds lang
25	2	4 en 7 jaren	2	gez.	.....	.....	weefster; met een wever onlangs gehuwd, in de fabriek werkzaam
26	geene	.....	....	....	.....	.....	weefster; met een wever gehuwd, in de fabriek werkzaam
27	2	2 j. en 3 w.	3	n.gez.	.....	.....	weefster; met een wever gehuwd, in de fabriek werkzaam
28	geene	.....	3	n.gez.	kindertering	ben. ½ jaar	weefster; met een wever gehuwd, in de fabriek werkzaam
29	1	5 maanden	....	gez.	.....	.....	weefster; heeft eens geïborteed
30	1	1 jaar	6	n.gez.	4 aan kindert. 2 aan stuipen	4 ben. 1 jaar	de vrouw is thans weduwe; twee kinderen waren reeds dood, vóór dat zij op de weverij was. Terwijl zij op de weverij werkzaam was, heeft zij bij herhaling geïborteed. Toen de vier andere kinderen stierven was zij niet meer in de fabriek werkzaam
31	2	2 en 4 jaren	1	gez.	kindertering	ben. 1 jaar	weefster; toen zij dat kind verloor was zij nog niet in de fabriek werkzaam

N.B. De gelijke letters toonen de paren aan

<sup>1)</sup> Dr S. Coronel, *De gezondheidsleer toegepast op de Fabrieksnijverheid*. 1861, pag. 319.

en kinderen. Vermoeid van den arbeid zocht hy nieuwe krachten in den drank; by gemis aan huiselyke orde en tevredenheid, ging hy zyne uren van rust in de kroeg, in gezelschap van woelzieke en losbandige kameraden, doorbrengen. Hy vond er slechts verveling en verloor, met zyn geld, zyne gezondheid, zyn deugd en geluk" <sup>1)</sup>). Dat dit tot velerlei spanningen en conflicten moest gaan leiden, tonen ons de feiten, en naast het probleem van de armoede gaat een nieuw probleem ontstaan: het probleem van de klassestrijd <sup>2)</sup>).

Maar terzelfder tijd groeit een meer sociaal georiënteerde belangstelling, waarvan nu niet meer gezegd kan worden, dat ze uitsluitend voortkwam uit de bewuste werking van een sociaal angstmotief.

### *Sociale bewustwording*

De dan groeiende sociale belangstelling blijkt duidelijk uit de onbetwistbaar grote verdiensten van vele medici, waarvan de geneesheer Samuel Coronel, 1827—1892, de voortrekker kan worden genoemd. Maar ook gaat meer belangstelling ontstaan voor het verdelingsvraagstuk als middel tot een zo groot mogelijke behoeftenbevrediging van alle leden der maatschappij. De arbeiders werden niet langer meer tot de armen gerekend; men ging hen zien als een afzonderlijke klasse, die eigen problemen opleverde. De armoede ging men zien als een geheel afzonderlijk verschijnsel, dat eigen vraagstelling en eigen zorg met zich bracht <sup>3)</sup>). In de volstrekte disharmonie tussen productiviteit en behoeftenbevrediging kwam een kentering, die niet zou nalaten op de duur een gunstige invloed op de gezondheidstoestand van de gehele bevolking uit te oefenen. En zo zien we een hand in hand gaan van initiatieven en maatregelen op medisch, sociaal en economisch gebied <sup>4)</sup>).

Van katholieke zijde verschijnt dan in 1891 de Encycielik *Rerum Novarum* van Paus Leo XIII, die de richtlijnen aangaf voor een sociale orde, gebaseerd op rechtvaardigheid en liefde. De beginselen

<sup>1)</sup> Coronel, t.a.p. pag. 7.

<sup>2)</sup> W. J. van de Woestyne, *Bevolkingsvermeerdering en economische knelpunten*. Praeadvies voor het congres over de gevolgen van de bevolkingsvermeerdering. 1949, pag. 39.

<sup>3)</sup> Zie Ch. van Manen, *Bedrijfsleven in de strijd tegen de armoede*. 1918.

<sup>4)</sup> Ed. van Cleeff, *Sociaal-economische ordening*. 1939, pag. 35 en 36.



daartoe ontleende zij aan de leerstelling omtrent de menselijke persoonlijkheid en haar sociale natuur <sup>1)</sup>).

Een nieuw probleem is daarmee naar voren getreden: na het probleem van de armoede, na het arbeidersvraagstuk, staan we nu voor het vraagstuk van de sociale orde der gemeenschap als geheel. Men gaat de weg zoeken naar een meer organische maatschappijstructuur. En wederom zal de gezondheidszorg in het kader van dit probleem zich op haar taak dienen te bezinnen.

Deze bezinning, het moge thans duidelijk zijn, dient zich niet enkel te richten op maatregelen van medisch-technische aard; de voorzieningen moeten in het verband der maatschappelijke orde worden gezien en daarbinnen hun hiërarchische plaats krijgen. Binnen dit kader moet dan ook gestreefd worden naar een geordende gezondheidszorg, die rekening houdt met de volledige menselijke persoonlijkheid en dus met de eenheid van de natuurlijke en zedelijke orde.

De tengevolge van de zich ontwikkelende medische wetenschap toenemende objectieve normen, waaraan het bestaan van de mensen behoort te voldoen, vereisen steeds meer in aantal en omvang vanuit de maatschappij te treffen voorzieningen. Maar wil bereikt worden, dat de mensen aan de hand van deze normen inderdaad gezondheid kunnen nastreven, dan is een geordende samenleving noodzakelijk.

### § 3. Gezondheidszorg en het streven naar sociale orde in de gemeenschap

#### *Taak van de sociale geneeskunde*

De maatschappelijke samenleving, die na de economische ontwikkeling en met de sociale bewustwording aan grote veranderingen onderhevig was, ging van de gezondheidszorg meer vragen dan vindingen in de natuurwetenschappelijke laboratoria, van welke fundamentele betekenis deze ook waren. De gezondheidszorg bleek een belangrijk sociaal facet te dragen. Men ging nu, gebruik makend van uit sociaal besef ontstane initiatieven, gezamenlijk nastreven wat individueel niet bereikt kon worden. Men ging meer en meer rekening houden met het belang der samenleving. De invloeden der omstandigheden werden bestudeerd en de sociale geneeskunde trad daardoor naar voren. Organisaties ontstonden

<sup>1)</sup> *Encyclicle Rerum Novarum*. Vertaling van L. Zeilstra O.F.M. 1932.



om practisch de nieuwe denkbeelden te kunnen realiseren, waarmee de maatschappelijke gezondheidszorg zich ging ontplooiën.

Zoals we gezien hebben is het de taak van de maatschappelijke gezondheidszorg om de middelen — het apparaat — de organisatie, enz. beschikbaar te stellen teneinde daardoor bij te dragen, dat gezondheid toegankelijk wordt gesteld voor iedereen. Deze taak werd nu ter hand genomen, hetgeen we nader bij de feitelijke ontwikkeling zullen zien.

De sociale geneeskunde kunnen we niet met maatschappelijke gezondheidszorg vereenzelvigen; wel verricht de sociaal-geneeskundige veelal zijn arbeid in het verband van deze zorg. Remijnse betoogt, dat de sociale geneeskunde zich bezig houdt met het onderzoek naar de onderlinge betrekkingen tussen gezondheid en de levensvoorwaarden der mensen in hun maatschappelijk verband <sup>1)</sup>. De medicus treedt hier — ter bestudering van de invloeden, die ziekte veroorzaken en gezondheid kunnen bevorderen — in contact met andere wetenschappen. Dit werd, voorzover ons bekend, voor het eerst „algemeen” gedemonstreerd op het eerste internationale congres ter bestrijding van tuberculose, dat in 1899 in Berlijn werd gehouden. Dit belangrijke medische probleem werd hier niet enkel behandeld door artsen en bacteriologen, maar eveneens door deskundigen op het gebied van economische en sociale verhoudingen <sup>2)</sup>. Daarmee was van medische zijde — thans meer algemeen — belangstelling ontstaan voor het milieu, voor de sociale omgeving der mensen: het gezin, het kind in de school, de arbeider in de fabriek, enz. Factoren, die belangrijk waren om de „medische” arbeid (curatief en preventief) te kunnen verrichten. Ook hierin was Coronel zijn tijd vooruit: „Wij zullen meermalen”, zo zegt hij, „verplicht zijn de regels der staathuishoudkunde en de voorschriften der zedenleer te toetsen aan en in verband te brengen met de eisen der gezondheidsleer. Dit drietal zal elkaar steeds de behulpzame hand moeten bieden om het beoogde doel te bereiken: de bevordering van nijverheid en het welzijn des volks” <sup>3)</sup>.

Het medische, sociale en economische motief gaan dan hand in hand (*hetgeen overigens niet betekent, dat de sociale geneeskunde deze*

<sup>1)</sup> Prof. Dr J. Remijnse, *De sociale geneeskunde en de artsen*. 1939, pag. 19.

<sup>2)</sup> Zie Prof. Dr Pannwitz, *Die erste internationale Tuberkulose Konferenz*. Berlin, 1903.

<sup>3)</sup> Coronel, t.a.p., pag. 12.

*en straks misschien nog meer wetenschappen overkoepelt of in zich verenigt*). Dit wordt steeds meer benadrukt door andere geneeskundigen: „It has become widely accepted, that the health and happiness of the worker's family have a direct influence on his efficiency”, schrijft Reznikoff<sup>1)</sup>. En René Sand betoogt, dat in iedere persoon kapitaal wordt geïnvesteerd, dat pas rente gaat opbrengen indien productieve arbeid wordt gepresteerd. Sterft hij voordien, dan is het kapitaal verloren. Daalt zijn productiviteit door ziekte of invaliditeit, dan levert de investering niet de hoogst mogelijke rente op. Wanneer door hygiënische maatregelen de vroege sterfte en ziekte kan worden voorkomen, betekent dit aldus een uitgave, die door middel van verhoogde productiviteit wederom aan de nationale welvaart ten goede zal komen. „L'hygiène ne représente donc pas des largesses faites à fonds perdu, accessibles seulement aux nations riches et aux entreprises prospères: ce sont des investissements fructueux.”<sup>2)</sup>

Op het belang van een samengaan van het sociale en economische motief wordt steeds meer de nadruk gelegd als de betekenis van de sociale geneeskunde moet worden bepleit. Maar naarmate dit inzicht baanbreekt, dreigt dit motief alweer te eenzijdig gezien te worden, zonder voldoende verband met de gehele samenleving. Cijfers worden op tafel gebracht om het belang der gezondheidszorg (i.c. de preventieve zorg) aan te tonen: the national Metal Trades Association verklaarde in 1929 (op basis van door een aantal industrieën verschaftte gegevens) „that the introduction of a medical division led to a decline of 46.6 percent in the accident rate, of 28.7 percent in compensation payments and of 50.6 percent in absenteeism”<sup>3)</sup>.

Soortgelijke berekeningen zijn talrijk en het belang daarvan achten wij groot. Wij onderschrijven de reële betekenis hiervan, zowel uit het oogpunt van gezondheid als uit economisch oogpunt. En we zijn de mening toegedaan, dat het mede op de voorgrond plaatsen van het economisch belang geen afbreuk behoeft te doen aan het sociaal motief. Integendeel wordt hierdoor de mogelijkheid van een sociaal-economisch geordende maatschappij-structuur

<sup>1)</sup> Paul Reznikoff M.D., in *het voorwoord op: Medicine in Industry*, door Bernard J. Stern. 1946.

<sup>2)</sup> Dr René Sand, *L'économie humaine*. 1948, pag. 5 en 6.

<sup>3)</sup> *Employee Medical Service*, report of the National Metal Trades Association, committee on Industrial Relations. 1929, pag. 18.



bevorderd. Maar wel vragen we ons af, of de aandacht van de sociale geneeskunde (en dit kan niet zonder invloed blijven op de voorzieningen, die door de maatschappelijke gezondheidszorg worden mogelijk gemaakt) nu — wellicht ook als reactie op de voorgaande tijd — niet in te sterke mate wordt gericht op het treffen van, in een materieel vlak liggende, sociale voorzieningen vanuit de medische sfeer.

Men toont op voortreffelijke wijze aan, dat deze voorzieningen niet alleen economisch verantwoord, maar zelfs economisch aantrekkelijk zijn. En daarmee wordt dan een niet te onderschatten bijdrage geleverd aan het bereiken van een sociale zekerheid, die van veel betekenis is bij het streven naar gezondheid. Maar de vraag dringt zich op, of hier van medische (sociaal-geneeskundige) zijde, ondanks deze vooruitgang, voldaan wordt aan de taak, die er van mag worden verwacht, omdat zij daar zo bij uitstek toe geschikt is; de taak om vanuit eigen mogelijkheid die bijdrage te verlenen tot het bereiken van „gezondheid”, die het meest nodig en dus het meest doelmatig is. Vanuit de gezichtshoek der gezondheidszorg zullen de werkelijke noden, waarvoor de mensen in deze tijd staan, moeten worden bestudeerd om op basis van de opgedane kennis weer opnieuw te zoeken naar die middelen, die het best een oplossing kunnen bieden. Daartoe kunnen vele wegen worden bewandeld. Het streven naar sociale zekerheid is daarbij belangrijk. We hebben gezien, dat men dit kan doen door het economisch belang van medische maatregelen aan te tonen; als een ander voorbeeld kunnen we noemen een in 1929 in de Verenigde Staten ingesteld onderzoek, waaruit bleek dat vóór de depressie 75 % der gezinnen onvoldoende inkomen ontvingen om voldoende voedsel te kopen, dat naar de mening van de Amerikaanse regering nodig was „to maintain a decent standard of health” <sup>1)</sup>.

Zonder de betekenis van deze onderzoeken ook maar eniger-mate te onderschatten, menen we dat men zich ook voor overschatting moet hoeden, en dat niet voorbij mag worden gezien aan het probleem, waarvoor de mens bij toenemende voorzieningen steeds meer komt te staan: onder eigen verantwoordelijkheid op harmonieuze wijze zijn doeleinden nastreven.

<sup>1)</sup> W. E. Barnes, *Historical sociology*. 1950, pag. 150.



*Sociale geneeskunde en het streven naar sociale zekerheid*

Sociale vooruitgang kan niet anders dan worden toegejuicht. Nieuwe mogelijkheden, welke kunnen bijdragen tot leniging van bestaande of nog niet gekende noden, kunnen een groter waardigheid van de mens bevorderen, indien deze mogelijkheden althans ook binnen het bereik van de mens kunnen komen.

We onderschrijven dan ook ten volle het artikel 55, waarmede hoofdstuk IX van het handvest der Verenigde Naties aanvangt. Hierin wordt als inleiding op de economische en sociale raad gestipuleerd, dat hij wordt ingesteld „teneinde de voorwaarden van bestendigheid en welzijn te scheppen, die nodig zijn voor vreedzame en vriendschappelijke betrekkingen tussen de naties, gegrondvest op eerbied voor het beginsel van gelijke rechten en zelfbeschikking der volken”. En om dit te bereiken zullen de Verenigde Naties bevorderen:

a. Hogere levensstandaard, volledige werkgelegenheid en voorwaarden voor economische en maatschappelijke vooruitgang en ontwikkeling.

b. Oplossing van internationale economische, maatschappelijke, hygiënische en verwante vraagstukken; benevens internationale samenwerking op cultureel gebied en op dat der opvoedkunde.

c. Universele eerbied voor de inachtneming van mensenrechten en fundamentele vrijheden voor allen, zonder onderscheid van ras, geslacht, taal en godsdienst <sup>1)</sup>).

Eveneens onderschrijven we ten volle de Universal declaration of Human rights, voorzover zij in artikel 25 zegt: (1) „Everyone has the right to a standard of living adequate for the health of well being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control” <sup>2)</sup>).

Maar dit betekent niet, dat we dit alles alleen maar moeten zien in een sociaal vlak, waarbij het er om gaat de materiële voorziening zo spoedig mogelijk te realiseren, onverschillig op welke wijze, als het maar spoedig en „efficiënt” gebeurt. Dit willen bereiken

<sup>1)</sup> Mr Dr E. J. Jaspar, *De economische en sociale raad der Verenigde Naties*. In: *Economie*, 10e jrg. 1945—1946, pag. 178.

<sup>2)</sup> Aangenomen door de General Assembly van de Verenigde Naties op 20 December 1948.

van directe resultaten heeft ook Julius op het oog als hij betoogt, dat de sociaal-geneeskundige nog teveel denkt in termen van resultaat en niet in termen van het probleem. „De studie van wat gebeurt, medisch-maatschappelijk gesproken, moet nog komen. Geneeskundige sociologische onderzoeken zijn nog maar net begonnen.” En hij vraagt zich af of het niet zeer wel mogelijk is, dat de een of andere maatschappelijke factor in de ene plaats het gelukken van een bepaalde maatregel mogelijk maakt, terwijl met een klein verschil daarin het gelukken in de andere plaats onmogelijk wordt gemaakt. Hij noemt het voorbeeld van de ziekenfondsen: „onze zieken worden, dank zij de ziekenfondsen, zo goed verzorgd als het met de beste bedoelingen te rijmen is. Is men echter tevreden? Goede bedoelingen, resultaat van onderhandelingen, politiek en reglementeerkunst zijn de krachten, waarvan de richting der resultante op de telkens volgende inwerkende kracht wacht. Er zijn vele mogelijkheden om de vraagstukken van de wisselwerking van geneeskunde met de mens, levende in maatschappijverband, te bestuderen. Waarom zou de sociale geneeskunde zich niet door de sociologie de weg laten wijzen?”<sup>1)</sup>

Het gaat inderdaad om de levende mens. We zouden niet willen betogen, dat de sociaal-medische voorzieningen deze mens niet tot object hebben, maar de vraag rijst wel, of het probleem voldoende wordt gezien en of het verlangen naar direct en steeds meer resultaat op het gebied van de materiële voorziening — of de wijze waarop men deze voorziening wenst — wel doelmatig is. Er wordt zoveel alleen in de sociale sfeer gezien. Het gehele wereldbeeld is gesaeculariseerd en daarmee sociaal verabsoluteerd, betoogt Oldendorff. „Allerlei menselijke problemen, waarvan de diepste grond niet louter op sociaal doch primair op geestelijk gebied ligt, worden door de grote menigte sociaal geduid, sociaal beleefd. In een anthropocentrische samenleving is geen vrede mogelijk; er is daar altijd meer dat scheidt, dan dat verbindt. De onvolmaaktheden van het leven worden reeds spoedig in hun geheel toegeschreven aan kwaadwillige of incompetente maatschappelijke machten. Het feit, dat tengevolge van de rationalisatie en mechanisatie een steeds grotere massa gedoemd werd tot initiatiefloze arbeid en zodoende verloorde wat het betekent verantwoordelijkheid te

<sup>1)</sup> Prof. Dr H. W. Julius, *De sociale geneeskunde als vak en als wetenschap*. In *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 27e jrg. 1949, pag. 251.



dragen voor zichzelf en voor anderen, kan daarop niet zonder invloed zijn gebleven.”<sup>1)</sup>

Steeds meer klemmt de vraag naar wat er resteert van de levende persoonlijkheid. Deze is niet gediend met het steeds weer treffen van sociale voorzieningen en het in het leven roepen van nieuwe diensten, die alléén maar in een materieel vlak liggen. Het gemakkelijk nemen van aan zichzelf te stellen eisen werd, naar Van der Hoop betoogt, zeer bevorderd toen de belangstelling zich ging verschuiven van de enkeling naar de maatschappij. De mening ging toen ontstaan, dat harmonie en eenheid en zin vanzelf voor alle mensen bereikt kunnen worden als men de maatschappij maar verbetert. De lastige taak om zichzelf te veranderen werd meer en meer verschoven naar de regeringen en eventueel de partijleiders, die de regeringen moeten beïnvloeden<sup>2)</sup>. En Veldkamp merkt op, dat het zo langzamerhand een gemeenplaats is geworden om te zeggen, dat de sociale zekerheid de persoonlijke verantwoordelijkheid ondermijnt: „van alle mogelijke richtingen vraagt men zich af, welke middelen moeten worden aangewend om een tegenwicht te bieden tegen de zgn. massificerende tendenzen der sociale zekerheid.”<sup>3)</sup>

De Block spreekt zijn onrust over de huidige situatie uit in de navolgende bewoordingen: „Wil er van ons volk, van ons land in deze moeitevolle, van weemoed zo zware en van onrecht en Farizeïsme bezeten tijd nog iets goeds terecht komen, willen wij onze eigen plaats behouden in de rij der volkeren, dan moeten wij ons telkendage indachtig zijn het woord, dat God sprak tot Mozes: „De plaats waarop gij staat is heilige grond.” Dan moet een nieuw élan worden gewekt. Daartoe moet het volk worden opgevoed.”<sup>4)</sup> Burns Morton constateert dat, ondanks de toegenomen sociale voorzieningen, grote bedragen ten spijt, de resultaten bij de verwachtingen achter bleven, doordat de arbeiders van al deze maatregelen maar weinig onder de indruk kwamen<sup>5)</sup>. De journalist spreekt van een verlangen enerzijds naar een sociale samenleving,

<sup>1)</sup> Oldendorff, t.a.p. pag. 18 en 19.

<sup>2)</sup> Dr J. H. van der Hoop, *Geestelijke vrijheid, deel II. De openbaringen van den geest*. 1949, pag. 261.

<sup>3)</sup> Dr G. M. J. Veldkamp, *Ondermijnt de sociale zekerheid het verantwoordelijkheidsgevoel en zo ja, op welke wijze kan de maatschappelijke zorg hiervoor een tegenwicht scheppen?* Prae-advies van de vereniging van leiders van openbare diensten en instellingen voor sociale zorg. 1950.

<sup>4)</sup> Prof. Mr A. L. de Block, *Het primaat der buitenlandse politiek*. In: *Economie*, 13e jaargang 1949, pag. 466 en 467.

<sup>5)</sup> F. J. Burns Morton, *Samenwerken in de bedrijven*. 1949, pag. 177.



waarin de staat er op toeziet dat elke onderdaan een menswaardig bestaan wordt gegarandeerd en anderzijds het verlangen om verlost te worden van de onpersoonlijke dictatuur van een wijdvertakte bureaucratie, die haar eigen gebrek aan visie en creativiteit poogt te camoufleren door elk levensgebied als het kan zo onpractisch mogelijk te reglementeren <sup>1)</sup>. En de temidden van het volk levende romanschrijver geeft uiting aan zijn mededogen met dit volk door de angst te beschrijven, die zich van velen heeft meester gemaakt, verstikt te worden in een te technocratische, te gesocialiseerde, te planmatige wereld. Een angst, die voortvloeit uit een te abstracte manier, waarop de mens in nood voorwerp is en steeds meer wordt van staatsalmachtige bespiegelingen <sup>2)</sup>.

Na een tijd, waarin de zucht naar ongebonden vrijheid moest worden veroordeeld terwille van de vrijheid der mensen, wordt nu veroordeeld de moderne zucht van veel te sterk socialistisch denkenden, die de mensheid willen redden met louter verstandelijke middelen in een strikt logische orde. Die logische orde, die de levende mens opoffert aan de grillen van sociale theoretici, aan politieke en economische abstracties en aan monsterlijke planbureau's.

Het gaat er ons niet om, zoals wij ook betoogden, de sociale voorzieningen, waaraan wij een grote betekenis hechten, te bestrijden. Wij erkennen ook volledig de moeilijkheid om in onze huidige gecompliceerde maatschappij een zodanige ordening tot stand te brengen, dat aan het recht van alle mensen op „gezondheid” wordt voldaan. Maar tegenover deze moeilijkheid staan ook vele mogelijkheden en nagegaan zal moeten worden in hoeverre deze toelaten, dat zo „persoonlijk” mogelijk in de noden kan worden voorzien. Ons een kleine woordspeling veroorlovend, wijzen we op het verschil tussen een „geordende gemeenschap” en een „sociale staat”. In Engeland spreekt men van de Social State: the State has set out to ensure freedom from want by ensuring that at all times, of earning and not earning alike, the income of each family shall be enough for its basic needs. The State has set out to ensure freedom from avoidable disease, so far as this can be attained by providing that every sick person irrespective of

<sup>1)</sup> *Het Wereldbeeld, halverwege tussen U.S.A. en U.S.S.R.* In: Dagblad *De Tijd*, Woensdag 1 Maart 1950.

<sup>2)</sup> C. Virgil Gheorgiu, *Het vijf en twintigste uur*. 1950.

means shall be able to get the treatment needed to make him well <sup>1)</sup>).

*Wij zouden willen streven naar een „levenszekerheid” biedende geordende gemeenschap, waaraan we een grotere en ruimere waarde toekennen dan aan de „sociale zekerheid” biedende staat.*

### *Enige consequenties*

Bovenstaande algemene gedachten toepassend op het onderwerp dat ons bezig houdt, zijn we van mening, dat de sociale geneeskunde zich open moet stellen voor het maatschappelijk gebeuren, waarin de mens staat met zijn eigen tekortkomingen, maar ook met zijn eigen persoonlijk leven en zijn voortdurend verlangen om mee te tellen, om deel te hebben aan het geheel en om mee verantwoordelijkheid te dragen.

Een dergelijke verruiming van het gezichtsveld van de sociale geneeskunde zal dan leiden tot een juiste plaatsbepaling van de gezondheidszorg. Immers zij zal dan haar eigen plaats hebben binnen het geheel van gelijkgericht doelstreven, dat niet enkel is afgestemd op natuurlijke, maar eveneens op bovennatuurlijke waarden.

Z. H. Paus Pius XII wees hier duidelijk op in zijn navolgende woorden: „Gezondheid omvat positief het spirituele en sociale welzijn van de mensheid. Daaruit volgt, dat de kwestie van de gezondheid het kader van de biologie en de geneeskunst overschrijdt; zij heeft noodzakelijkerwijs haar plaats, zelfs in de sfeer van de moraal en de godsdienst. Daarom ook heeft de Kerk, verre van gezondheid te beschouwen als voorwerp van uitsluitend biologische orde, steeds het belang van de godsdienstige en morele krachten voor haar behoud benadrukt en zij heeft haar altijd gezien als een van de voorwaarden voor de waardigheid en het volledig welzijn der mensheid, haar welzijn in lichamelijk en spiritueel, in natuurlijk en bovennatuurlijk opzicht.” <sup>2)</sup>

Wanneer de sociale geneeskunde zich openstelt voor de maatschappelijke werkelijkheid, zal niet *altijd* het eerst behoeven te

<sup>1)</sup> Lord William Beveridge, *Voluntary action, a report on methods of social advance*, 1948, pag. 225.

<sup>2)</sup> Z. H. Paus Pius XII, tijdens een toespraak op 27 Juni 1949 tot de deelnemers aan een te Rome gehouden congres van de wereldgezondheidsorganisatie. Katholieke Gezondheidszorg 1949, pag. 181 e.v.



worden gedacht aan het bereiken van een direct tastbaar resultaat, maar dan zal een ruim begrip kunnen ontstaan voor een harmonische, op het algemeen welzijn afgestemde, zorg.

Verschil van inzicht in het doel en in de wijze waarop dit doel kan worden nagestreefd, vraagt aandacht voor het eigene en verscheidene; de algemeen maatschappelijke orde vraagt aandacht voor het gemeenschappelijke, voor de eenheid. Maar dan een eenheid, waarbinnen het beste van de sociaal-geneeskundige wetenschap tot ontplooiing kan komen, zonder dat men behoeft te vervallen in een louter materiële en uniforme voorziening.

Op deze wijze zal de sociale geneeskunde in grote mate kunnen bijdragen tot de heropbouw ener nieuwe, levenszekerheid biedende, gemeenschap en daarmee niet anders doen dan op moderne wijze een grote traditie van de geneesheer voortzetten, die nimmer in zijn persoonlijke relatie met de zieke mens, de gehele persoon en zijn relatie met het milieu, dat het levensverband vormde, uit het oog verloor.

#### § 4. Conclusie

We hebben een poging gedaan om, aan de hand van de historische ontwikkeling, de algemene maatschappelijke betekenis van de gezondheidszorg aan te tonen. En we komen daarbij tot de conclusie, dat deze tak van sociale zorg in belangrijke mate zijn aandacht aan de samenleving moet schenken, omdat ook de samenleving van grote betekenis is voor het bereiken van gezondheid.

De mogelijkheden, die in steeds toenemende mate ter beschikking staan, moeten niet alleen gericht worden op het bereiken van zo groot mogelijk „medisch-technisch” resultaat. Zij moeten op de, in gegeven omstandigheden bereikbare, meest juiste wijze dienstbaar worden gemaakt aan de opheffing van bestaande of dreigende noden. Daarbij plaatsen we de persoon (en het gezin) centraal, aangezien hij het is die, mede door middel van de samenleving, de mogelijkheid moet *kunnen* vinden zijn eigen welbevinden op harmonieuze wijze na te streven.

Zo zagen we in de gezondheidszorg een grote verruiming van haar arbeidsveld, maar terzelfder tijd een begrenzing, die voortvloeit uit een diep inzicht, en uit het leren kennen van haar juiste plaats en taak in het geheel.

Het bepalen van deze plaats vereist een orde, een ordening van



de gezondheidszorg, die aansluit bij het ideaal van de algemene maatschappelijke orde. Een bewuste streving naar orde blijkt uit de ontwikkeling op sociaal gebied en het is nu zaak om aan dit streven concrete vorm te geven.

En wanneer we ons nu bij het zoeken naar een vormgeving tot een onderdeel van het maatschappelijk gebeuren beperken, dan zullen we toch moeten uitgaan van de „algemene” ordebeginselen, om tenslotte te trachten van daaruit de basis voor de concrete conceptie te vinden. Onze gedachten gaan derhalve niet in de richting van een louter formele structuur, die haar inhoud ontleent aan de normen van een zo perfect mogelijke functionering van het technische apparaat der gezondheidszorg. Hetgeen Van der Ven zegt met betrekking tot de economische verhoudingen geldt zeker, en in sterkere mate nog, voor de verhoudingen op het gebied van de gezondheidszorg, waar het persoonlijke element van zo'n grote betekenis is: „Er bestaan en er behoren te bestaan leidende beginselen. In het jongste verleden is de visie op die beginselen beperkt en eenzijdig geweest. Men zal goed doen de norm te herzien, en met name te zoeken in de richting van een christelijk-solidaristische ordening der economische samenleving, waarbij ieders rechtsbelang in samenhang met de algemene economische doelmatigheid moet worden beoordeeld. Het sociale recht zal dan zijn gevestigd op de brede en hechte grondslag van een wijsgerig realisme.”<sup>1)</sup>

Aan deze leidende beginselen willen wij thans het eerst onze aandacht schenken.

---

<sup>1)</sup> Prof. Dr F. J. H. M. van der Ven, *Sociaal recht*. 1949, pag. 21.

### HOOFDSTUK III

## ALGEMENE GRONDSLAGEN VOOR ORDENING DER GEZONDHEIDSZORG

### § 1. Het ordebeginsel

#### *Drang naar orde en meningen omtrent verwerkelijk*

In de mensen en in de dingen en in de uitingvormen van mensen en dingen, in gedachten en daden, in de kunst en in de staatkundige politiek en in de cultuurvorming, overal is, aldus Cobbenhagen, een duidelijk bewuste of ingeschapen streving naar orde, harmonie, evenwicht of hoe men het ook noemen wil <sup>1)</sup>. Deze streving moet ergens haar oorzaak vinden; waar zij zich steeds en op alle gebied zo duidelijk demonstreert, kan de verklaring hiervoor bezwaarlijk worden gezocht in toevallige omstandigheden. Maar evenmin kan dan ook de vorm, die aan dit streven moet worden gegeven, louter berusten op opportuniteit.

Wanneer we uit het voortdurend streven naar orde de aanwezigheid van een potentiële orde afleiden, dan rijst de vraag, hoe het potentiële tot actuele werkelijkheid wordt. Hoe de mogelijke orde, die in de veelheid der elementen ligt, tot een bepaalde orde kan worden, waardoor een eenheid in die veelheid tot uitdrukking komt. Deze vraag veronderstelt derhalve een werkend beginsel dat de veelheid, op zichzelf ongeordend, tot een harmonisch geheel, tot een eenheid maakt. Kennis van het beginsel, van datgene wat de orde bewerkstelligt, moet dan ook voorafgaan aan de beantwoording van de praktische vraag, hoe de maatschappelijke orde kan worden nagestreefd als geheel en in haar delen. Belangrijk dus ook voor de vraag, hoe de orde op het gebied van de gezondheidszorg tot stand zal moeten worden gebracht.

Afgezien van het feit, dat een louter op de omstandigheden gebaseerde politiek wordt gevoerd, zijn de meningen omtrent het beginsel verschillend.

Beperken we ons tot de hoofdtrekken, dan zien we in de eerste plaats de opvatting, die het standpunt huldigt dat de beste orde

<sup>1)</sup> Prof. Dr M. J. H. Cobbenhagen, *Een centraal probleem van de sociaal-economische vernieuwing*. In: *Economie*, 10e jaargang, 1945, pag. 3.

tot stand komt, wanneer ieder voor zich zorgt — het klassiek-liberale beginsel — en dat de staat slechts mag optreden indien er gevaar dreigt voor de veiligheid en de goede orde in de samenleving. Hierbij wordt uitgegaan van de gedachte, dat de mens van nature volledig vrij is en in zich alle krachten vindt voor verdere ontplooiing.

Tegenover het klassiek-liberale beginsel staat de opvatting, dat alleen de gemeenschap verantwoordelijk is voor het tot stand komen ener orde. Het gevolg van deze opvatting is, dat de gemeenschapsautoriteit beslist over en leiding geeft aan het maatschappelijk gebeuren en dat de collectiviteit de verantwoordelijkheid daarvan draagt. Deze opvatting leidt tot een opoffering van de verscheidenheid aan de eenheid.

#### *De solidaristische opvatting*

In hoofdzaak willen we ons thans richten tot een derde opvatting — de solidaristische opvatting — die noch het beginsel der volledige zelfverantwoordelijkheid, noch het beginsel der gemeenschapsverantwoordelijkheid huldigt.

Het solidarisme, aldus Koenraadt, ziet in elk mens een zelfstandig wezen met eigen doeleinden en taak, geschapen voor de eer Gods en voor zijn eigen hoogste geluk, verantwoordelijk voor zijn eigen levensgang. De mens kan zich echter als eenling niet alles verschaffen, wat hij voor het bereiken van zijn doel behoeft; daarom gaf God hem zijn sociale aanleg, het vermogen en de behoefte om samen te leven en samen te werken. De mensen vullen elkaar dus aan; zo ontstaan arbeidsverdeling en onderlinge steunverlening. Men vergete echter nooit, dat de mens in de eerste plaats individu is en dat elke gemeenschap slechts aanvullende betekenis heeft ten opzichte van het individu; samenwerking dient slechts om gunstige voorwaarden te scheppen voor individuele ontplooiing. Toch mag, volgens Koenraadt, het individu zich zeker niet vrij uitleven. Het algemeen welzijn is grootser en eerbiedwaardiger dan het welzijn van één persoon. Als sociaal wezen moet het individu zich dus beperkingen opleggen. Maar tenslotte heeft toch weer het individu het overwicht. Want elke aanspraak, die de gemeenschap ten opzichte van het individu kan doen gelden, staat uiteindelijk in dienst der persoonlijke voltooiing <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Prof. Dr W. M. J. Koenraadt, *Corporatieve Maatschappij*. 1934, pag. 8, 10, 11.  
Zie ook: Dr W. M. J. Koenraadt, *Herstel der maatschappelijke orde*. 1938, hoofdstuk I.  
De christelijke maatschappelijke beginselen.



Er wordt dus uitgegaan van de vrijheid van de persoon als het natuurlijkerwijze gegevene. In een vrije maatschappij is deze vrijheid primair. Maar deze vrijheid betekent geen ongebondenheid, want het sociale karakter van de mens volgt eveneens uit zijn natuur. De mens is van nature derhalve zowel individueel als gemeenschapswezen; het individuele veronderstelt verscheidenheid, het gemeenschappelijke veronderstelt eenheid.

Hier is geen sprake van tegenstrijdigheid. Het persoonlijke doel immers — aldus Weve — zegt: zelf bereiken en het sociale: bereiken met alle anderen. „De beperking in en door het sociale is altijd uitsluitend slechts gelegen in een beperking der middelgoederen, niet in het doel zelf. Immers, wat het bovennatuurlijke aangaat, niemand bereikt of bezit in minder volmaakte zin de Godheid, omdat ook anderen haar bereiken; en zo ook wat het natuurlijke betreft, niemand behoeft tot minder hoge geestelijke waarden op te stijgen, omdat hij tevens aan de cultuur van alle anderen plichtig is.”<sup>1)</sup> „Zo wil dan het sociale leven slechts zeggen beperking in middelgoederen zodanig, dat allen in staat zijn het doel te bereiken. Het is een harmonie der belangen, geen ontkenning er van; het is een wederzijds offeren, opdat allen gezamenlijk het kunnen bereiken.” „De mens kan in het gemeenschappelijke zelf doel zijn, omdat onderordening aan het sociale niet die is van middel tot doel, maar die van het finis intermedius, het partiële doel of het bestanddeel tot het totale doel.”<sup>2)</sup>

Die sociale natuur van de mens veronderstelt dan dat in een gemeenschap, wier leden verschillende functies verrichten, een georganiseerd handelen nodig is, berustend op rolverdeling en verdeling van middelen bij eenheid van doel. Dit impliceert een binding, die van een of ander gezag uitgaat. Autonomie — in de zin van zichzelf tot regel zijn — is dan ook foutief, omdat dan de objectieve orde wordt miskend en men zijn handelingen niet door redelijk inzicht laat leiden. Vrijheid immers betekent niet alles te mogen doen.

Deze maatschappelijke binding heft nu de vrijheid niet op, maar richt haar naar het doel. Het gezag, dat de vrijheid bindt, is dan ook een orgaan van orde, een element van cultuur en veredeling.

<sup>1)</sup> Prof. Dr F. A. Weve O.P., *Het algemeen welzijn*. In: Sociaal wijsgerige opstellen. 1948, pag. 37.

<sup>2)</sup> Weve, t.a.p. pag. 38 en 42.

*Betekenis van de doelstelling*

Duidelijk is dan ook dat bij het streven naar orde een juist begrip van het doel wordt verondersteld: het welzijn van persoonlijke mensen. Zodra voor dit doel — aldus Weve — iets onpersoonlijks in de plaats komt, wordt de binding, die daarheen stuurt, iets heterogeens.

Zo is het wanneer men onder het algemeen welzijn verstaat: niet het welzijn der onderdanen in hun gemeenschapsverband, maar de ontwikkeling b.v. van de grootheid der natie of ook de macht of het succes van een partij of stelsel. „Als dit het eindpunt, het doel van de gebondenheid gaat worden, worden alle verhoudingen anders. Dan dringt men wereld- en levensbeschouwingen op, dan verkracht men gewetens, dan ontbindt men onze maatschappij-groepering, dan maakt men een monopolie van de opvoeding en het onderwijs, dan gaat de staatsgemeenschap totalitaire eisen stellen, dan wordt het leven tot in details voorgeschreven en met dwang omgeven.” De juiste doelstelling vereist dan ook, dat wordt gezien naar de juiste wijsbegeerten omtrent de mens en zijn persoonlijkheid, naar de christelijke wijsheid omtrent God, de wereld en haar bestemming. „Dan pas kan een gefundeerde hiërarchie der waarden gaan gelden, dan kan daardoor de juiste harmonie tussen vrijheid en gebondenheid gevonden worden. De ware opvatting toch omtrent het algemeen welzijn hangt af van het inzicht omtrent het wezen en de bestemming van de mens en deze wortelen mede in de kennis der hoogste doelstellingen” <sup>1)</sup>).

Het tot stand brengen van een orde, die eenheid in de verscheidenheid met behoud van het persoonlijk eigene veronderstelt, vraagt derhalve om een werkend beginsel, dat gevonden wordt in de binding, die van een of ander gezag uitgaat zonder dat die binding de vrijheid opheft. Integendeel zal dit gezag juist de vrijheid moeten richten naar het doel: het welzijn van persoonlijke mensen in verband. We kunnen dan zeggen, dat deze bewuste doelrichting het ordescheppend beginsel is.

*Verantwoordelijkheid voor het bereiken ener orde*

De verantwoordelijkheid voor het tot stand brengen ener orde kan men niet overlaten aan de eenlingen, omdat het doel door hen vaak op verscheidene wijzen kan worden bereikt en omdat in een

<sup>1)</sup> Prof. Dr F. A. Weve O.P., *Vrijheid en gebondenheid*. In: Sociaal wijsgerige opstellen 1948. pag. 133 en 134.



organische gemeenschap de leden verschillende functies vervullen, die een georganiseerd handelen, berustend op rolverdeling, noodzakelijk maken <sup>1)</sup>. De eenlingen verantwoordelijk stellen voor het bereiken ener orde zou de totstandkoming der eenheid belemmeren.

Maar wanneer het de eenling niet is, kan dan van het centrale gezag niet worden verlangd, dat het de verantwoordelijkheid draagt? Dat dit in strijd zou zijn met de menselijke natuur, moge uit het voorgaande zijn gebleken.

Cobbenhagen, die het verantwoordelijkheidsbeginsel als het ordenend beginsel ziet op economisch gebied, betoogt, dat door het overdragen van de gehele verantwoordelijkheid aan het overheidsgezag de diversiteit wezenlijk wordt miskend en daardoor de realisering van de verscheidenheid belemmert. „De centraal geleide huishouding moet, indien ze althans haar principiële opzet volgt, tot een uniformering leiden, die, bij eenzijdige beschouwing harer positieve technische resultaten, de beschouwer wel tot verbazing kan brengen, maar tevens door dergelijke gezichts-begoocheling verhult de onderdrukking en verwaarlozing van talrijke, kostbare ideeën en krachten, die in haar de persoonlijkheid miskennend systeem ongebruikt worden gelaten.” <sup>2)</sup> Aldus komen we tot deze conclusie: een consequente doorvoering van de individuele verantwoordelijkheid belemmert de totstandkoming der eenheid en een consequente doorvoering van de collectieve verantwoordelijkheid de realisering van de verscheidenheid. De gemeenschap is nòch een optelsom van individuele eenheden nòch een geheel, waarin de individuen opgaan en a.h.w. verdwijnen. De eerste opvatting typeert de eenzijdigheid van het individualisme, de tweede die van het collectivisme <sup>3)</sup>.

Ter eerbiediging van de verscheidenheid met bereiking van de noodzakelijke eenheid, zal derhalve naar een ander beginsel moeten worden uitgezien. We vonden dit in de bewust geleide doelgeordendheid. Cobbenhagen, meer in de orde van het worden denkend, construeerde het beginsel der mede-verantwoordelijkheid, waardoor hij ons verrijkte met een sociale en economische wijsbegeerte, die van grote betekenis is bij het zoeken naar concrete vormgeving.

<sup>1)</sup> Prof. Dr F. A. Weve O.P., *Gemeenschap en ordening*. In: Sociaal wijsgerige opstellen. 1948, pag. 50 en 51.

<sup>2)</sup> Cobbenhagen, t.a.p., pag. 3.

<sup>3)</sup> Dr A. H. M. Albregts, *De leer der maatschappelijke organisatievormen*. 1949, pag. 40.



Verantwoordelijkheid is, volgens hem, een begrip, dat niet los kan worden gemaakt van persoonlijkheid. Het is een eigenschap, krachtens welke de mens verplicht is voor zijn handelingen op te komen en van deze de gevolgen te ondergaan. De noodzakelijk geachte binding behoeft aan deze eigenschap geen afbreuk te doen. Er behoeft geen antithese te bestaan tussen vrijheid en gebondenheid; het is zelfs noodzakelijk, dat vrijheid en wet samengaan. Het medeverantwoordelijkheidsbeginsel komt hieraan tegemoet; het houdt in, dat de verantwoordelijkheid berust bij de individuen en de overheid te zamen: „De orde in dit type stamt uit de samenwerking van de afzonderlijke huishoudingen en de hogere organisaties dier huishoudingen onder leiding der overheid, de enige, die principieel in staat is de orde tot een algemene te maken. Als overheid heeft zij daartoe het onontbeerlijke gezag: de kennis en de middelen put zij uit de voorlichting en medewerking van de leden der maatschappij in huishoudingen en organisaties. Persoonlijke verantwoordelijkheid en gemeenschapsverantwoordelijkheid samengebracht in een synthese der gemeenschappelijke of medeverantwoordelijkheid.” <sup>1)</sup>

Dit type der medeverantwoordelijkheid bergt de mogelijkheid in zich om een orde te verwerkelijken. „De rijkdom van de veelheid wordt geëerbiedigd, de afzonderlijke plannen, trapsgewijs gecombineerd in steeds meer omvattende en hoger gelegen plannen van grotere organisaties, prevaleren en geven aldus de rijke verscheidenheid aan het uit deze veelvormigheid tenslotte groeiende totale plan, waarin dan de eenheid tot uitdrukking komt.” <sup>2)</sup>

In de samenleving vormt nu het particulier initiatief een waarborg voor de verscheidenheid; het draagt tevens in zich de drang en de mogelijkheid tot zelfordening. Maar ook op deze weg naar zelfordening ontmoet het het onontbeerlijk gezag van de Overheid. Beider verhouding zal nu nader moeten worden gezien teneinde steeds dichter te kunnen naderen tot een concrete vormgeving.

## § 2. De verhouding particulier initiatief - Overheid

### *Samengaan van vrijheid en wet*

De verhouding particulier initiatief - overheidsbemoeiing dient op basis van het thans gestelde beginsel te worden gezien.

<sup>1)</sup> Prof. Dr M. J. H. Cobbenhagen, *De economische orde*. In: *Economie*, 8e jaargang 1943, pag. 420.

<sup>2)</sup> Cobbenhagen, t.a.p., pag. 420.

Waar deze verhouding zich als vraagstuk voordoet — en dit blijkt veelvuldig te zijn op het gebied van de gezondheidszorg — kan, het moge thans duidelijk zijn, dit vraagstuk niet worden geformuleerd in termen van „of-of” doch van „èn-èn”. Het welzijn van de volksgemeenschap eist beide <sup>1)</sup>.

In de natuurlijke orde is het de taak der samenleving, de individuele mens en diens vermogens in vrije inspanning zich te laten ontwikkelen (het individu en zijn krachten zijn gegeven van nature; ook de vrijheidseis der zelfheerlijke persoonlijkheid). De eveneens uit de natuur voortvloeiende noodzaak van binding mag hiermede niet in strijd zijn. Integendeel zal een harmonisch ineengrijpen van vrijheid en binding aan de eisen van deze menselijke natuur moeten voldoen. Weve noemt het dan ook een postulaat van menselijk vrij en gebonden zijn, dat de staat niet als een starre, van buitenaf opgelegde dwang verschijnt om de lagere werkingen en diensten te verambtelijken, maar dat de maatschappij zichzelf in zelfordening reeds zoveel mogelijk *en zoveel als nodig is*, bindt om tenslotte van de staat slechts te krijgen, wat deze alleen vermag te geven en wat gelegen is, enerzijds in de algemene juridische basis, anderzijds in de coördinatie op het geheel. „Deze fundamentele verhouding van mens tot gemeenschap laat zich niet verwaarlozen dan tot schade van de nagestreefde belangen, van de hechtheid van het geheel en van de innerlijke voldaanheid der betrokkenen.” <sup>2)</sup>

In deze fundamentele verhouding, waarin beide betrokkenen — staat en mens — hun oorsprong vinden in dezelfde natuurlijke orde, mag geen sprake zijn van tegenstrijdigheid.

Loeff verduidelijkt dit op heldere wijze waar hij zegt, dat de staat een gelijkwaardig deel is van de natuurlijke orde, maar met een specifiek eigen functie naast die van het individu en daarop afgestemd; een eigen functie, die niet ligt in een sector, waar het individu is uitgerangeerd, maar die juist gericht is op de ontwikkeling van het individu als doel van het geheel. Deze eigen functie van de staat ten opzichte van het individu en de vrije organisaties, ziet hij dan terecht als volgt: de particuliere activiteiten regelen door te beperken en te coördineren, ze bevorderen, ze bundelen, steunen en leiding geven. Eerst wanneer de

<sup>1)</sup> Prof. Dr A. Oldendorff, *De waarde van het particulier initiatief op het gebied van de sociale zorg*. In: 25 jaren Katholieke Gezondheidszorg. 1948, pag. 24.

<sup>2)</sup> Prof. Dr F. A. Weve O.P., *Verhouding Overheid-particulier initiatief*. 1946, pag. 4 en 5.



particuliere activiteiten, ondanks de vervulling van deze taken door de Overheid, aan de redelijkerwijze te stellen eisen niet voldoen, moet men aannemen, dat voor de Overheid het terrein van „zelf doen” is bereikt <sup>1)</sup>).

### *Positieve taak van de Overheid*

Uit deze opvatting omtrent de betekenis van het particulier initiatief spreekt duidelijk de positieve taak van de Overheid, een taak die te veelvuldig werd gesteld als te zijn aanvullend, hetgeen mogelijk kan worden toegeschreven aan de betekenis, die de uitdrukking subsidiair in de Nederlandse rechtstaal heeft gekregen, met name vervangend of op de tweede plaats.

De positieve, dus op het welzijn der persoonlijke mensen gerichte taak, zal de werkzaamheid van het particulier initiatief echter niet moeten aanvullen, maar krachtdadig moeten bevorderen, niet enkel om, zoals Veldkamp het stelt, daardoor voor de staat de mogelijkheid te scheppen zich krachtdadiger op die zaken toe te leggen, waarvoor alleen het staatsgezag competent is <sup>2)</sup>, maar omdat het particulier initiatief waarborgen voor bijzondere eisen biedt, die de Overheid niet kan bieden. De Overheid gaat uit van het algemeen welzijn als norm — en dus ook als grens! — en verzorgt de belangen der enkelingen door middel van een zekere controleerbare uniformiteit in de behandelingswijze. Bij het particulier initiatief ligt het uitgangspunt anders; het stelt de persoon centraal. „Het richt zich b.v. niet tot de zieke als zieke van een bepaalde categorie of klasse, met bepaalde duidelijk omschreven rechten, maar als persoon, als bijzonder menselijk levensgeheel, verkerend in bijzondere omstandigheden waaraan op speciale wijze tegemoet dient te worden gekomen.” <sup>3)</sup>

### *Verscheidenheid en orde*

Sprekend over de onderlinge verhouding van particulier initiatief en Overheid, kunnen we ons op basis van het gestelde beginsel nu niet alléén meer beperken tot de mate van de eventueel noodzakelijk geachte binding en de taak van de Overheid daarbij,

<sup>1)</sup> Mr Dr J. Loeff, *Taak en onderlinge verhouding van kerk, particulier initiatief en overheid ten aanzien van de maatschappelijke zorg*. Prae-advies voor de Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werk. 1949, pag. 49.

<sup>2)</sup> Dr G. M. J. Veldkamp, *Individualistische karaktertrekken in de Nederlandse sociale arbeidsverzekering*. 1949, pag. 223 en 224.

<sup>3)</sup> Oldendorff, t.a.p. pag. 24 e.v.



maar eveneens — en niet minder — zal aandacht moeten worden geschonken, naast het belang van de eenheid, aan de betekenis der verscheidenheid.

De verhouding tussen individu en gemeenschap, de samenwerking tussen onderdaan en Overheid, de betrekkingen tussen de verschillende organisatievormen, zij zullen alle de stempel moeten dragen van de ware, door de natuur geïnspireerde orde. De gemeenschap, die hierop gebouwd wordt, is, zoals Cornelissen betoogt, geen uitvinding, maar een terugvinden van de wereldorde, welke het persoonlijk en gemeenschapsleven draagt. „Deze gemeenschap is alleen nieuw, zoals iedere lente weer iets nieuws is, gehoorzaamend aan oude wetten, bloeiend in frisse schoonheid en onstuimige vruchtbaarheid. Nieuwe gemeenschap . . . op de oude wereldorde, door Aristoteles reeds aldus omschreven: Dingen en mensen, welke verschillend zijn, kunnen slechts onder handhaving van hun verscheidenheid en eigen geaardheid, tot eenheid en harmonie met elkander verbonden worden. Laat men het licht dezer wereldorde schijnen op de verhouding individu en gemeenschap, dan valt bijzonder op hoe positief die verhouding is: niet wanorde voorkomen en misbruiken wegnemen, maar de orde bevorderen en goede gebruiken stimuleren.”<sup>1)</sup>

### § 3. Invloed der omstandigheden van tijd en plaats

#### *Respectering der veelvormigheid*

Een wijsgerige verdieping in het wezen en het doel van mens en gemeenschap verschaft ons derhalve de strikt algemene principes, welke de grondtrekken der maatschappelijke levensorde moeten aangeven. Van daar uit dalen we af naar meer concrete vormen van verwezenlijking, omdat de taak, mee te werken aan de vestiging van een tijdelijke orde, vraagt om niet alleen bij de algemene beginselen te blijven stilstaan. Zo zagen we, dat een sociale en economische wijsbegeerte werd ontworpen, die ons het voor concrete vormgeving zo belangrijke beginsel der medeverantwoordelijkheid leerde kennen.

Naarmate we dan echter dichter het concrete naderen, zullen de omstandigheden van tijd en plaats steeds meer hun invloed

<sup>1)</sup> Dr A. J. M. Cornelissen, *Individu en gemeenschap in de wereldorde*. Verslagboek van de 15e Limburgse sociale studieweek te Rolduc. 1939, pag. 55, 56 en 65.

doen gelden. In dezelfde gemeenschap kunnen we dan komen te staan voor verschillende wereld- en levensbeschouwingen, bestaande en historische toestanden, heersende inzichten, bestaande mentaliteit, enz. Aan deze omstandigheden kan niet zonder meer worden voorbijgegaan en de concrete vormgeving zal hiermee rekening moeten houden.

Het is geen overschatting der vormelijkheid als hieraan wordt tegemoet gekomen. Integendeel zal de levensinhoud, wanneer hij niet door eerbiedig in acht genomen vormen wordt beschermd, worden aangetast met het gevaar dan te ontaarden in een lege vorm zonder inhoud <sup>1)</sup>.

De staatsgemeenschap omvat immers, zoals Maritain betoogt, in haar organische eenheid verschillende groepen en sociale structuren, die de dragers zijn van positieve vrijheden. Men zou onrecht begaan en tevens, met zeer schadelijke gevolgen, de sociale orde verstoren als men de functies, die kleinere en ondergeschikte groepen zelf kunnen vervullen, aan deze ontnemt om ze aan een gemeenschap, die groter en van hogere rangorde is, toe te vertrouwen. De burgerlijke maatschappij bestaat niet alleen uit individuen, maar ook uit bijzondere organisaties, die door deze individuen gevormd zijn; en een veelvormige staatsgemeenschap kent aan deze bijzondere organisaties een zo groot mogelijke autonomie toe en wijzigt haar eigen innerlijke structuur om die met de typische aard van deze georganiseerde groepen in overeenstemming te brengen <sup>2)</sup>.

De mate van die „zo groot mogelijke autonomie” — zoveel vrijheid als mogelijk, zoveel binding als noodzakelijk — wordt eveneens beïnvloed door omstandigheden. Maar het streven moet er steeds op gericht zijn, dat een teveel aan vrijheid de eenheid niet belemmert en dat een teveel aan gebondenheid de veelheid niet verarmt. Dit streven kan niet alleen geleid worden door opportuniteit maar moet, zoals we zagen, bewust gericht worden.

*Toenemende afhankelijkheid en noodzaak tot meerdere binding*

De moeilijkheid is hier groot, omdat de noodzaak van grotere bindingen niet kan worden ontkend. Deze noodzaak bleek reeds in de vroegere sociale politiek, waar terwille van de vrijheid gevraagd werd om bindingen, omdat de vrijheid van de vorige

<sup>1)</sup> Van der Ven, t.a.p. pag. 20.

<sup>2)</sup> Maritain, t.a.p. pag. 164 en 165.



eeuw geleid had tot een machtsvorming, die de vrijheid van anderen in gevaar bracht. Daardoor ontwikkelde zich een intensieve aanraking van de Overheid met de economische en de sociale aangelegenheden en daardoor ontstonden andere vormen en andere wettelijke bepalingen. Men gaat zich uitspreken voor de vorming van nieuwe organen op sociaal-economisch gebied, waarvan aard en karakter wijzen op een zekere vermenging van de privaat-economische en publieke sfeer en daarmee — zo betoogt Van der Ven — ook op een tendens tot herwaardering van de inhoud en onderlinge verhouding der begrippen vrijheid en gebondenheid <sup>1)</sup>. Deze ontwikkeling is voorzichtig ingezet, maar met het groeiend inzicht en het toenemend aantal voorzieningen, met het ingewikkelder wordende stelsel van arbeidsverdeling wordt de afhankelijkheid steeds groter en de binding noodzakelijker. De mogelijkheid om verantwoordelijkheid te dragen wordt daarmee eveneens afhankelijker van anderen.

Dat deze ontwikkeling voorzichtig inzette blijkt o.m. uit een in 1933 aan de Minister uitgebracht rapport van de Hoge Raad van Arbeid, inzake wettelijke verkorting van de arbeidsduur ter beperking van de crisis-werkloosheid. Onder het hoofd „De principiële kwestie” is daar opgemerkt: „De Raad is er zich van bewust dat, indien hij tenslotte Uwe Excellentie adviseert tot het treffen van een wettelijke maatregel, welke het opleggen van een verkorte arbeidstijd aan bepaalde bedrijfstakken zal mogelijk maken, hiermee over een bezwaar wordt heengestapt, dat voor sommigen principieel is en hetwelk tegen een gedwongen 40-urige werkweek zou kunnen worden opgeworpen. Men zou zich namelijk kunnen afvragen, of een dergelijke inbreuk op de persoonlijke vrijheid van de individuele arbeider nog wel geoorloofd is, nu het immers niet gaat om arbeidsbescherming in de engere zin, doch uitsluitend om het tewerkstellen van werkloze arbeiders. Wat zou de rechtsgrond van de overheid zijn in een dergelijk geval? Betreedt zij hier niet een terrein, waarvan zij verre behoorde te blijven, aangezien het uitsluitend van de betrokkenen behoort af te hangen, of zij al of niet korter zullen werken dan een algemeen als „normaal” erkende arbeidstijd meebrengt? De Raad is in meerderheid van oordeel, dat voor deze bezwaren van principiële aard niet moet

<sup>1)</sup> Prof. Dr F. J. H. M. van der Ven, *De betekenis van de sociaal-economische politiek voor de maatschappij*. In: *Economie*, 13e jaargang. 1949, pag. 165.



worden uit de weg gegaan. Het algemeen belang is bij een vermindering der werkloosheid in de huidige omvang en in de bestaande omstandigheden in zo grote mate betrokken, dat reeds daarin de overheid bij het eventueel dwingend opleggen van een 40-uren-week een voldoende rechtsgrond kan vinden. In een crisistijd als thans worden maatregelen nodig, waartoe men in normale tijden niet spoedig aanleiding zou vinden. Bovendien dient men niet uit het oog te verliezen, dat reeds in verschillende gevallen in de sociale wetgeving over dergelijke bezwaren is heen-gestapt. Herinnerd zij in dit verband aan het verbod van nacht-arbeid van de alleen werkende bakkerspatroon en de verplichte winkelsluiting. Zoveel te meer is het bij crisismaatregelen verdedigbaar om aan de persoonlijke vrijheid sterke remmen aan te leggen. Enige leden kunnen zich met dit betoog niet verenigen. Zij achten het *niet* geoorloofd, ook al zou de maatregel op zichzelf een wettige uitwerking hebben, een arbeider te verbieden meer dan 40 uur per week te werken. Een dergelijke aantasting der persoonlijke vrijheid schept gevaren, ook op staatkundig gebied, welke men, gezien de ervaring, niet mag onderschatten. De argumentatie der voorstanders, dat in onze tijd maatregelen nodig zijn die men in normale tijd niet zou nemen, is niet te aanvaarden, aangezien op deze wijze iedere maatstaf gaat ontbreken, waarnaar de toelaatbaarheid van het ingrijpen der overheid kan worden afgemeten. Aantasting van het vertrouwen is daarvan het onvermijdelijke gevolg.”<sup>1)</sup>

Dat de afhankelijkheid steeds groter wordt, blijkt uit een nota van de Stichting van de Arbeid betreffende de toekomstige organisatie van de sociale verzekering. Daarin lezen we: „Tenvolle blijft het bestuur van de Stichting zich er van bewust, dat ook in de nieuwe tijd het beginsel zal moeten gelden, dat alle individuen zelf eerst het redelijke moeten doen om zich op velerlei gebied sociale zekerheid te verschaffen. In een ideale gemeenschap zou het individu over voldoende middelen moeten beschikken om, vooral met behulp van vrijwillige verzekering, die sociale zekerheid zoveel mogelijk deelachtig te worden. Maar hoezeer mag worden gehoopt op een betere gemeenschap, in die ideale gemeenschap verkeren wij nog niet en bijgevolg moet de staat regelingen blijven treffen en bestaande regelingen vervolmaken opdat die

<sup>1)</sup> Aangehaald door Prof. Dr F. J. H. M. van der Ven. In: *Economische en sociale opvattingen in Nederland*. 1948, pag. IV 62/63.

groepen der bevolking, die redelijkerwijze niet in staat geacht kunnen worden daarin uit eigen middelen te voorzien, gevrijwaard worden tegen de economische en sociale gevolgen van een aantal eventualiteiten des levens.”<sup>1)</sup>

*Consequenties der toenemende noodzaak van gebondenheid*

Deze algemene omstandigheden — de feitelijke omstandigheden op het gebied van de gezondheidszorg zullen we in een apart hoofdstuk nader beschouwen — die een grotere mate van gebondenheid vereisen, zullen echter niet mogen leiden tot een zuiver op de omstandigheden gebaseerde politiek, waarbij het beginsel wordt uitgesloten en waarbij alléén wordt gezien naar de omstandigheden, die pleiten voor steeds meer gebondenheid.

Waar groter gebondenheid noodzakelijk blijkt, daar zal overwogen moeten worden „op welke wijze” deze dient te worden gerealiseerd en dan is het beginsel als uitgangspunt onontbeerlijk, willen we niet vervallen in de lege vorm, die de mens ziet „als een zijnsvorm van een onbekend zijnde, als een wezen dat een taak vervult zonder een uiteindelijk persoonlijk doel te bezitten”.<sup>2)</sup>

Waar groter gebondenheid moet worden aanvaard, daar vragen — ook als aan de wijze „waarop” is voldaan — de steeds toenemende vanuit de maatschappij te treffen voorzieningen een positieve en nauwgezette maatschappelijke en staatsburgerlijke opvoeding als geestelijk tegenwicht tegen groter materiële mogelijkheden, als tegenwicht tegen de mogelijkheid om op de gemeenschap te parasiteren en als steun om de dingen te kunnen aanpakken. Truyen concludeerde hiertoe in zijn studie over de voorwaarden der productie-ordening: „noodzakelijk is enerzijds het scheppen van saamhorigheidsgevoel in de bedrijfstak zelf en tussen de bedrijfstakken onderling en het aankweken van de juiste mentaliteit daartoe; anderzijds het vormen van een bedrijfstaksgewijze economische organisatie en een centrale economische organisatie voor het gehele bedrijfsleven. Het essentiële van de op deze wijze bewust geleide huishouding bestaat tenslotte hierin, dat zij de fundamenteel economische voorwaarden tot haar recht doet komen, n.l. het particulier initiatief van de ondernemer verenigen met de ordenende werkzaamheid van de gemeenschap.”<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> *De toekomstige organisatie van de sociale verzekering*. Uitgave van de Stichting van de Arbeid, 18 December 1945, pag. 6.

<sup>2)</sup> Prof. Dr F. J. H. M. van der Ven, *Sociaal recht*. 1949, pag. 20.

<sup>3)</sup> Ch. C. H. Truyen, *Rationalisatie en werkloosheid*. Ongepubliceerd, pag. 195.



En Weve wees er duidelijk op waar hij betoogde, dat er zeker in de sociale aanleg van de mens een soort instinct van samengaan en samen doen is. „Maar op zichzelf is dat een kudde-instinct, dat dan ook bij primitieve volkeren en bij volksmassa's de grote centripetale kracht is. Gaarne loopt de massa te hoop. Gaarne doen zij hetzelfde, bewonderen zij hetzelfde, roepen zij hetzelfde; als één hond blaft, blaffen alle; de mens heeft ook neiging als een de hand omhoog steekt, allen hetzelfde te doen, toornig en sentimenteel, enthousiast en fel te worden in gemeenschap. Daar werkt een instinct. Grote kracht zoals alle instincten, maar ook gevaarlijk zoals alle andere. Het instinct van saamhorigheid kan aanzetten tot overdreven nationalistische gevoelens of tot de redelijk onverantwoorde cultus van een krachtman of een „leider”; dan wordt het een volkomen irrationele kracht. Die instincten moeten slechts uitgangspunten zijn; zij dienen ontwikkeld, geleid, veredeld te worden door de rede. Zij moeten worden tot bewuste en geregelde wilskrachten, tot deugden. We hebben behoefte aan deugden; ze zijn ons veel noodzakelijker dan rechten. Maar zeker ook aan maatschappelijke deugden!” <sup>1)</sup>

De sociale vooruitgang dient derhalve van zedelijke aard te zijn: „*La révolution sociale sera morale ou elle ne sera pas*”, zei Charles Peguy en Maritain, die deze woorden aanhaalt, voegt daaraan toe, dat dit niet betekent dat voor de hervorming van het sociale regiem eerst alle mensen tot een deugdzaam leven bekeerd moeten zijn, maar dat het de taak is van hen, die het leven van de sociale groep leiden om in die groep een nieuw en diepgaand élan op te wekken <sup>2)</sup>.

Het particulier initiatief moet zich hiervan bewust zijn, maar het biedt er ook alle mogelijkheden toe. Het heeft zijn wortels en grondvesten in sociaal verantwoordelijkheidsbesef en ook in het besef van zelfverantwoordelijkheid. Het welt op uit de grootste rijkdommen van de volksziel, het wordt gevoed door offervaardigheid en gemeenschapszin. Maar het bevordert ook de werkzaamheid van deugden, die al te licht zouden inslapen of verdwijnen, indien de Overheid alle lasten en verantwoordelijkheden op zich

<sup>1)</sup> Prof. Dr F. A. Weve O.P., *Vrijheid en gebondenheid*. In: Sociaal wijsgerige opstellen. 1948, pag. 134.

<sup>2)</sup> Maritain, t.a.p. pag. 123.



nam. Het beantwoordt aan de natuurlijke drang tot in vrijheid zelf-doen en samen-doen <sup>1)</sup>).

Dit zelf-doen en samen-doen, beantwoordend aan het gestelde beginsel, zal tot krachtige ontplooiing moeten worden gebracht door een bewuste politieke beleidvoering van particulier initiatief en Overheid. Een vruchtbare samenwerking tussen Overheid en de uit het vrije maatschappelijk leven opgekomen initiatieven zal dan ook de basis kunnen vormen voor de concrete vorm, die aan deze samenwerking moet worden gegeven en die tegemoet komt aan de meerdere wens tot eenheid, maar met behoud van het eigene en het bijzondere.

#### § 4. Conclusie

De voorafgaande algemene beschouwingen omtrent historie en beginsel waren vooral gericht op de na te streven doeleinden.

Al mag het in een tijd van snelle ontwikkeling begrijpelijk zijn, dat de aandacht van velen verschillend is gericht en dat de belangen der onderscheiden activiteiten, naast elkaar, welhaast als doel op zich worden bepleit, toch zal niet voorbij mogen worden gegaan aan de noodzakelijkheid, om de verschillende doeleinden in hun samenhangende orde en de samenhangende orde in de verschillende doeleinden te bezien.

Wanneer we het vraagstuk aldus bekijken, komt het wezenlijk anders te liggen. Dan kunnen we niet alleen zien naar het doel van de gezondheidszorg in haar betrekking tot het medisch-technisch resultaat; evenmin kan de aandacht beperkt blijven tot een zo nuttig mogelijke coördinatie van de activiteiten op dit gebied. Maar ook wordt onze belangstelling gevraagd door de subordinatie, de subordinatie van de afzonderlijke doeleinden — in de juiste hiërarchie gesteld — op het algehele doel, het bereiken van gezondheid. Het gehele streven dient gericht te worden op het bereiken van een zo groot mogelijke maatschappelijke, culturele en morele bloei. Deze immers staat in rangorde boven het bereiken van een zo hoog mogelijk fysiek gezondheidsspeil, al moge dit dan ook een der meerdere, weliswaar zelfs zeer voorname, voorwaarden hiervoor zijn <sup>2)</sup>).

---

<sup>1)</sup> Oldendorff, t.a.p. pag. 25.

<sup>2)</sup> Zie Prof. Dr A. Oldendorff, *Maatschappelijke en economische doelmatigheid*. In: *Economie*, achtste jaargang, 1942, pag. 223 en 224.

Dat aan de Overheid een belangrijke taak toekomt bij het opstellen en nastreven van de doeleinden, dat hier van overheidswege krachtige leiding zal moeten worden gevraagd en dat deze leiding van haar moet worden aanvaard, hopen wij voldoende te hebben benadrukt.

We zijn overtuigd van de moeilijke taak, die hierin ligt besloten, een taak die niet altijd met de verwachting van resultaat op korte termijn kan worden ter hand genomen. Maar dan ook een taak, die de volle concentratie vraagt en die niet op de achtergrond mag geraken door het zich bezighouden met zaken van minder belang.

Het zou ons te ver gevoerd hebben, als we ons met de concrete plaats van de gezondheidszorg in al haar aspecten zouden hebben beziggehouden. Gezien echter de krachtige sociale politiek, die onze regering voerde en gezien de levendige, herhaaldelijk tot uitdrukking gebrachte belangstelling, tenslotte beklemtoond door de instelling van een apart staatssecretariaat voor de volksgezondheid, menen we te mogen aannemen dat deze zorg van voldoende belang wordt geacht om haar plaats binnen het geheel duidelijk te bepalen en een krachtige ontplooiing mogelijk te maken.

Direct sluit hierbij aan de vraag of de offers, die voor de gezondheidszorg worden gebracht, evenredig zijn aan de offers, die men voor andere doeleinden brengt. Voor de beantwoording van deze vraag zal mede de, buiten onze competentie vallende medische sociografie van veel betekenis zijn.

Wij zien ons in het kader van deze studie — die ook slechts een bijdrage wil zijn — meer geplaatst voor de vraag of de offers — en niet enkel de financiële offers, maar vooral ook de geestelijke inspanning — gericht worden op een zodanige behartiging van de gezondheidszorg, dat zij op de meest doelmatig te achten wijze kan bijdragen tot het bereiken van gezondheid.

Maar nu naderen we een van het opstellen der doeleinden onderscheiden zaak, namelijk de keuze van de middelen en wegen ter bereiking van de gestelde doeleinden<sup>1)</sup>. En wel de organisatorische middelen (de medisch-technische vallen uiteraard buiten onze competentie), de vanuit de maatschappij getroffen organisatorische maatregelen.

<sup>1)</sup> Zie Prof. Dr M. J. H. Cobbenhagen, *Een centraal probleem van de sociaal-economische vernieuwing*. In: *Economie*, tiende jaargang, 1945, pag. 1 e.v.

We menen thans allereerst te moeten zien naar de feitelijke omstandigheden, aangezien zij van invloed zijn op de wijze, waarop de fundamentele principes moeten worden uitgewerkt en toegepast op het concrete terrein der gezondheidszorg.

Bovendien zal, naar we vertrouwen, een beschouwing van de feitelijke omstandigheden in haar historische ontwikkeling onze gezichtskring kunnen verruimen en ons kunnen helpen om de in het verleden gemaakte fouten te vermijden.



## HOOFDSTUK IV

### DE FEITELIJKE OMSTANDIGHEDEN

#### § 1. Eerste pogen om te geraken tot ordenende maatregelen

##### *Aandacht voor de invloed van de omgeving*

Op 20 November van het jaar 1841 werd op verzoek van de toenmalige Minister van Binnenlandse Zaken door Willem II, Koning der Nederlanden, een commissie ingesteld, die tot opdracht kreeg de noodzakelijkheid te bestuderen: „om de wetten en verordeningen betreffende de geneeskundige politie en de uitoefening der onderscheiden geneeskundige vakken, zoals die thans voor dit Rijk van kracht zijn, te doen herzien en dezelve in een beter verband te brengen met het belang van den staat en met dat der bijzondere personen.”<sup>1)</sup>

Het is niet zonder reden, dat wij de werkzaamheid van deze commissie, die in April van het jaar 1842 met haar voorstellen gereed kwam, tot uitgangspunt kiezen van de feitelijke ontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg. Voordien is er weinig belangrijks te melden, althans voorzover het betreft de organisatorische betekenis van deze zorg. Gedurende de Franse overheersing was het „geneeskundig onderzoek en toeverzicht” opgedragen aan „geneeskundige jury's” en aan de „médecins des épidémies”.

Nadat de onafhankelijkheid was herkreten, werden de leden van de jury's en de geneeskundigen, aangewezen voor de bestrijding der epidemische ziekten, ontslagen<sup>2)</sup>. Hun werkzaamheden werden in 1814 overgenomen door „Departementale commissiën van geneeskundig onderzoek en toeverzicht”, welke in 1818 bij een wet van 12 Maart „ter regeling van hetgeen betreffende is tot de uitoefening van de verschillende takken der geneeskunde”, wederom plaats maakten voor „provinciale commissiën van geneeskundig onderzoek en toeverzicht” en „plaatselijke commissiën van geneeskundig toeverzicht”<sup>3)</sup>.

<sup>1)</sup> Stukken betreffende de herziening der Geneeskundige wetten en verordeningen. 1842, pag. VI.

<sup>2)</sup> Dr J. Th. Terburgh, *De geschiedenis van het Staattoezicht op de Volksgezondheid*. In: *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*, 31ste jaargang, 1929, pag. 29.

<sup>3)</sup> C. H. A. van der Mijle, *Onze Geneeskundige Wetgeving*. 1896, pag. 2—3. De Wet 1818 regelde de instelling van provinciale commissiën, die werden samengesteld uit een, nader bij K. B. te regelen, voldoende getal medicinae doctoren, heel- en vroedmeesters

Deze wet van 12 Maart 1818 bleek van geringe betekenis: „Men mag zonder vergrooting beweren” — zo was de mening van genoemde commissie — „dat op onderscheidene plaatsen in werkelijkheid geen toezicht bestaat, of dat het wenschelijker ware zoo het niet bestond: daar nu de straffeloosheid van verouderde en schandelijke misbruiken zich onder de schaduw der wet verbergt en, zoo wij vreezen, voor langen tijd onuitroeibare wortelen geschoten heeft.” <sup>1)</sup>

Wat in het kader van onze studie echter zeker zo belangrijk geacht moet worden is het feit, dat nu door deze commissie de aandacht gevestigd wordt op de invloed van de omgeving, waarin de mensen leven en werken en dat hierin een aanleiding wordt gezien om aan de Overheid te vragen die maatregelen te treffen, die in het belang zijn van de volksgezondheid. „Geene openbare gebouwen, gestichten of fabrieken, voor zooverre die met de gezondheid der burgeren in verband konden staan, of daarop invloed konden uitoefenen, behoorden opgerigt te worden alvorens hun (dit zijn de te benoemen kantons-geneesheren) schriftelijk oordeel ware ingewonnen door het plaatselijk bestuur. Hun moest, krachtens hun ambt, de bevoegdheid gegeven zijn alle gasthuizen, krankzinnigengestichten, armeninrigtingen, gevangnissen, begraafplaatsen, scholen, fabrieken, enz., te inspecteeren, teneinde daaromtrent verslag te kunnen doen, en in dat verslag op de noodig bevonden verbeteringen aan te dringen.” <sup>2)</sup>

Onder deze omgeving, die later van steeds meer belang zou blijken voor de gezondheidszorg, verstond men *de invloeden die van buitenaf, voornamelijk vanuit de natuurlijke omgeving, inwerken op de gezondheid der individuen.*

De zorg voor deze omstandigheden zou nadien worden aangeduid als openbare hygiëne die, zoals Pettenhofer het in 1876 stelde, tot taak zou hebben: „die Wertigkeit aller Einflüsse der

---

en apothekers (art. 2). De werkzaamheden bestonden uit (art. 4): 1. het onderzoek en de beoordeling van de bekwaamheid of bevoegdheid van hen die zich, binnen hunne provincie of hun district tot uitoefening van eenigen tak der geneeskunde, vestigden; 2. het afgeven van behoorlijke diploma's aan allen, die binnen hunne provinciën of districten tot tandmeester, vroedmeester, apotheker, vroedvrouw, stads-, plattelands- of scheepsheermeester enz. bevorderd wenschten te worden; 3. toezicht op de goede uitoefening der geneeskundige practijk door reeds gevestigden en op al datgene wat de gezondheid der ingezetenen aanbelangde; 4. waakzaam zijn bij het ontstaan van besmettelijke en epidemische ziekten in hunne provinciën of districten.

<sup>1)</sup> Stukken enz. t.a.p. pag. 97.

<sup>2)</sup> Stukken enz. t.a.p. pag. 99.



natürlichen und künstlichen Umgebung des Organismus zu untersuchen." Hiermee stelde hij de openbare hygiëne naast de individuele hygiëne, die hij zag als de studie naar de mogelijkheden tot gezondmaking der individuen <sup>1)</sup>).

#### *Houding ten opzichte van wettelijke maatregelen*

De bestaande nood, waarop we reeds eerder uitvoeriger ingingen, vormt nu de aanleiding om aan te dringen op het treffen van wettelijke voorzieningen, in het belang van de volksgezondheid.

Hoezeer de nood, die bestond in een slechte gezondheidstoestand, aanleiding gaf om aan te dringen op overheidsoptreden, bleek o.m. ook in Duitsland, waar een belangrijk en omvangrijk werk verscheen van de geneesheer Johannes Peter Frank, waarvan hij zelf zegt: „Es war natürlich, auf den Gedanken zu verfallen, dasz ein Werk unter dem gegebenen Titel mehrere Aufmerksamkeit von Seiten obrigkeitlicher Personen erwecken würde: dasz diese, so theuer ihnen auch die Stunden sind, doch gerne ihre Zeit darauf verwenden würden, die Stimme eines menschenfreundlichen Artztes über das allgemeine Elend und über die Weise, demselben nach Möglichkeit abzuhelpen, geduldig anzuhören; und dasz diese nähere Entwicklung vieler, auch geringscheinenden Gegenstände, in ihren Augen nie ihren Werth verlieren könne, wenn sie das allgemeine Wohl der Menschen zu befördern, dienen mag." Frank wijst er dan op, dat geordende maatregelen het kwaad kunnen voorkomen, terwijl dit minder financiële offers zal vergen dan in een week zullen worden gevraagd, wanneer zich plotseling een dodelijke epidemie voordoet. Nog belangrijker acht hij de algehele verstoring van de samenleving, die dan ontstaat, terwijl men voordien nog kon bogen op grote welvaart. Ook hij beperkt zich echter niet tot de invloed van epidemiologische ziekten en de methode ter voorkoming hiervan, maar volgt eveneens het milieu en de invloeden daarvan, die tot verstoring aanleiding kunnen geven <sup>2)</sup>).

Maar de geest van die tijd stond nog steeds niet toe, dat de Overheid regelend zou optreden. De vrijheid van het individu werd overschat, hetgeen naar de mening van Valkhoff een reactie

<sup>1)</sup> Fischer, t.a.p. pag. 295.

<sup>2)</sup> Johann Peter Frank, *System einer vollständigen Medizinischer Polizey*. Mannheim 1804. Inleiding.



was op de tijd, waarin de corporaties vrijwel alles vaststelden <sup>1)</sup>.

Aan Frank werd verweten, dat hij streefde naar beperking van burgerlijke vrijheden door middel van despotische macht. En toen door de ontdekkingen van Robert Koch nieuwe mogelijkheden werden geopend, dacht men weer een goede aanleiding te hebben gevonden om de aandacht van de overheidsbemoeiing af te wenden: „Man fand“, zo schrijft Gottstein, „so viele gangbare und denkbare Wege zur Bekämpfung neu entdeckter Gesundheitsgefahren, dasz man sogar das Bestreben, soziale Misstände als Objekt der Bekämpfung mit zu berücksichtigen, als einen unfruchtbaren Umweg bezeichnen durfte, der vom sicheren Erfolge nur ablenke.“ <sup>2)</sup>

Ook de voorstellen van de door de Koning ingestelde commissie zouden vooreerst niet tot resultaten leiden.

#### *Aarzelend optreden van de Overheid*

In 1848 wees de Minister van Justitie in een redevoering, gehouden tijdens de openbare zitting der Tweede Kamer van 24 Augustus, er op, dat ook het armbestuur door de wet zal moeten worden geregeld. Echter, aldus de Minister, zeker niet zo, dat bijzondere instellingen van liefdadigheid worden aangetast. „Dit zou een middel zijn om de liefdadigheid, eene der schoonste deugden van ons volk, te vernietigen. Daartoe kan geene Nederlandsche regeering de hand leenen.“ <sup>3)</sup>

Hierin zien we een tendens tot erkenning van de behoefte naar een systeem, waardoor de handelingen worden geordend en meer bewust op het na te streven doel worden afgestemd. Een georganiseerd door voorschriften gebonden handelen is nodig, omdat het treffen van noodzakelijke voorzieningen niet enkel meer kan worden overgelaten aan de willekeur van de ontwikkeling en aan de, weliswaar dikwijls zeer voortreffelijke, werkingssfeer van de individuele caritas, die echter, zoals Albregts zegt, geen organisatorische betekenis heeft, omdat op eenzijdige daden geen duurzame organisatie kan worden gebouwd <sup>4)</sup>.

Maar in de geest van de toenmalige tijd zou het moeilijk zijn om deze consequentie te aanvaarden en voorlopig zou het nog blijven bij het luiden van de noodklok.

<sup>1)</sup> Prof. Mr J. Valkhoff, *Een eeuw rechtsontwikkeling*. 1949, pag. 57.

<sup>2)</sup> Fischer, t.a.p. pag. 301.

<sup>3)</sup> Mr J. Voorduin, *Geschiedenis en beginselen der grondwet van het Koninkrijk der Nederlanden*. 1848, pag. 501.

<sup>4)</sup> Albregts, t.a.p. pag. 35.

In 1846 richtten enkele geneeskundigen zich in een brochure tot hun collegae. Zij vangen aan met de vraag, wat gedaan moet worden om het meer en meer toenemende pauperisme krachtadig tegen te gaan en de behoeftige doeltreffend te steunen. En hun antwoord luidt, dat een behoorlijke regeling voor de ziekenbussen noodzakelijk is <sup>1)</sup>. De ziekenbussen stamden uit de tijd van het gildenwezen, waar zij verschillende vormen van verzekering tegen de gevolgen van ziekten en overlijden beoogden, soms gecombineerd met het verlenen van persoonlijke diensten als het waken bij zieken en het dragen van de baar naar het graf. Na het verdwijnen van de gilden werden ze voor een groot deel voortgezet, maar haar karakter werd gewijzigd <sup>2)</sup>. Velen zagen er nu, en de tijd liet dat toe, een mogelijkheid in om goede zaken te doen. „Wie kent niet,” vragen de geneeskundigen in hun brochure, „de thans bestaande bussen als veelal geheel het doel miskennende, waarmede zij werden opgericht, en ziet niet begeerig om naar eene zoodanige inrigting, welke weder datgene voor de behoeftige kan worden, wat de ziekenbussen te allen tijde voor hen hadden moeten wezen?” Een der voornaamste bezwaren was, dat de bussen door ondernemers uit winstbejag gehouden werden en dat deze ondernemers grote bedragen voor beheer en administratie genoten. Een bus, ongeveer 700 leden omvattend, werd b.v. beheerd door vier directeuren, die hun belangrijke inkomsten nog vermeerderden, doordat zij geld ontvingen van geneesheren voor verbintenis aan een bus <sup>3)</sup>. De ziekenbussen zouden echter nog een lange weg moeten gaan alvorens enigermate een oplossing voor de moeilijkheden zou worden gevonden.

De roep om een wettelijke voorziening voor de gezondheidszorg werd echter steeds krachtiger. In het jaar 1855 werd een voorstel tot instelling van plaatselijke gezondheidsraden door de Tweede Kamer in behandeling genomen. Dit hield in, om in iedere gemeente alwaar de raad zulks nodig oordeelt, een uit de gemeentekas bezoldigde gezondheidsraad te benoemen. Deze gezondheidsraad zou tot voorlichting dienen betreffende de „openbare” gezondheidsmaatregelen. Zij zou de vraagbaak zijn voor de verschillende

<sup>1)</sup> Een woord van eenige geneeskundigen aan alle geneeskundigen: *is eene hervorming der ziekenbussen noodzakelijk?* Amsterdam 1846.

<sup>2)</sup> Dr H. C. Sauër, *Geneeskundige verzorging van de minvermogende zieke in Nederland*. 1935, pag. 5.

<sup>3)</sup> Een woord van eenige geneeskundigen aan alle geneeskundigen: *is eene hervorming der ziekenbussen noodzakelijk?* Amsterdam 1846.



overheden en zou ook ongevraagd advies mogen uitbrengen en voorstellen doen. De directe aanleiding voor dit voorstel vormde een in 1854 samengesteld rapport der Kamer, naar aanleiding van het regeringsverslag, waarin, handelend over het armbestuur, er op gewezen werd, dat hygiënische maatregelen een krachtig middel vormen ter voorkoming van pauperisme. Het rapport toonde ons dan duidelijk, welke toestanden heersten: „Het baart dikwijls ergernis, om niet van afschuw en walging te spreken, te zien in welke krotten talrijke gezinnen huisvesting zoeken, hoe zij daar opgehoopt leven, licht en lucht ontberen en met allerlei onreinheid gemeenzaam worden. Dat kan en dat moet worden geweerd.”

Maar, toen het voorstel een jaar later werd ingediend ter voorziening in de aldus erkende behoefte aan wetsbepalingen ter bevordering van de openbare gezondheid, werd het niet aangenomen. De motieven van de tegenstemmers waren verschillend: inbreuk op de te verwachten algemene regeling, in sommige opzichten overbodig, in sommige opzichten belemmerend, niet verplichtend genoeg, mogelijkheid tot regeling reeds aanwezig in de gemeentewet. De publieke beraadslaging, die naar aanleiding hiervan gevoerd werd, stelde onze gezondheidszorg in een kwaad daglicht <sup>1)</sup>.

Dit had althans een klein succes, want op 2 Augustus 1856 richtte de Minister van Binnenlandse Zaken zich in een circulaire tot de heren commissarissen des konings in de provinciën, daarin de wens uitsprekend de gemeenteraden aan te bevelen hun aandacht bijzonder op de openbare gezondheidstoestand der ingezetenen te vestigen <sup>2)</sup>.

De aandacht van de gemeentebesturen was in deze dagen echter blijkbaar nog moeilijk voor deze zorg te winnen, hetgeen we constateren uit een open brief, die in 1857 in de *Economist* werd gepubliceerd. De schrijver spreekt er zijn spijt over uit, dat zo weinig gemeentebesturen gevolg hadden gegeven aan de oproep van de

<sup>1)</sup> Geen land toch, mijne Heren (aldus het kamerlid Westerhof) is er, waar de gezondheidspolitie, waar de geneeskundige staatsregeling in zulk een ellendige en verwaarloosde toestand verkeert en waar bijgevolg zo weinig zorg voor de ingezetenen wordt gedragen, dan juist in Nederland.

<sup>2)</sup> Ik verzoek U, aldus de Minister, de raden der gemeenten die daartoe de middelen bezitten, te wijzen op het wenselijke, om naar het voorbeeld van Rotterdam en Utrecht gezondheidscommissiën te benoemen, die den raad kunnen voorlichten in alles wat den openbaren gezondheidstoestand betreft. In: *Economist*, 1856, *Het nut van openbare gezondheidsmaatregelen*, pag. 257 e.v.



Minister <sup>1)</sup>. „Hoe verre zijn wij verwijderd van het inzicht: dat eene uitgave voor hygiëne op den duur een productieve uitgaaf, dat wil zeggen een bezuinigingsmaatregel is.” <sup>2)</sup>

Ook Coronel wijst op het ontbreken van een desbetreffende wetgeving in ons land. Hij schrijft: „Wij verkeren t.a.v. de gezondheidszorg in een geheel wetteloze toestand. De medische politie, die zeer verwaarloosd is, heeft nog geen middelen aan de hand gedaan, die de gezondheidstoestand der arbeiders in en buiten de fabrieken verzekert. Alles is aan de willekeur der eigenaars van fabrieken overgelaten. Geen voorschrift, geen wet, geen bepaling, geen toezicht hoegenaamd is van regeeringswege gesteld op deze hooge aangelegenheid voor het nijverste en meest hulpbehoevende gedeelte onzer natie. Daarbij onkunde van industrieelen, die meer kooplieden zijn, die op de voordeeligste wijze hunne waren weten af te zetten dan dat zij zich onderscheiden door degelijke, wetenschappelijke kennis van de zaak, die zij exploiteeren. Aan de nadeelige economische gevolgen gaf men geen aandacht. Want niet alleen, dat de arbeiders er schade in hunne gezondheid en beurs door lijden, ook de fabrikant lijdt daar geen geringe winstderving door.” Coronel besluit zijn klacht, die vergezeld ging van veel uit onderzoeking verkregen feitenmateriaal, met de volgende woorden: „De bekrompenheid der belanghebbenden en de vreesachtigheid en lauwheid der regeering zijn de klippen, waarop elke nuttige wenk, elke krachtige poging ten goede tot dusverre zijn afgestuit.” <sup>3)</sup>

Belangrijk is, dat ook hier weer gewezen wordt op het voorname gegeven van de omstandigheden waarin de mensen, vooral de arbeiders, leven en werken. En wij menen te mogen aannemen, dat dit zeker van invloed is geweest op de regelingen, die dan eindelijk in 1865 werden getroffen.

### *Een wettelijke regeling*

De wet van 1 Juni 1865, regelend het Geneeskundig Staatstoezicht, bepaalde o.m. dat dit staatstoezicht omvat: „het onderzoek naar den staat der volksgezondheid en, waar noodig, de aanwijziging en bevordering van middelen ter verbetering.” Wie

<sup>1)</sup> Het „niet” instellen van de gezondheidscommissies, waartoe bijna alle gemeenteraden besloten, is minder erg nog dan de gebleken geringschatting voor het onderwerp, de miskennen van het doel, de onverschillige, ja minachtende wijze waarop de zaak op sommige plaatsen werd behandeld.

<sup>2)</sup> *Brieven van een geneesheer*. In: *Economist*, 1857, pag. 240.

<sup>3)</sup> Coronel, t.a.p., pag. 246.

kennis neemt van de jaarverslagen van genoemd staatstoezicht, zal zien, dat in de beïnvloeding van de „natuurlijke” omstandigheden vanaf het eerste begin een belangrijke taak werd gevonden.

Deze in 1865 getroffen regelingen betekenden, dat in de tijdgeest een kentering was ontstaan. Het klassiek liberale beginsel: ieder moet voor zich zorgen en de Overheid mag slechts optreden in de uiterste nood en dan nog slechts in negatieve zin, ging aan kracht verliezen. Men stond aan het begin van een nieuwe ontwikkeling, die zich geleidelijk zou voltrekken. De overschatte vrijheidsgedachte werd daarmee echter niet ineens geheel en al prijs gegeven, hetgeen duidelijk bleek tijdens de debatten, die naar aanleiding van de wet van 1872, houdende voorzieningen tegen besmettelijke ziekten, werden gevoerd.

Een bezwaar tegen deze wet was volgens velen gelegen in de inbreuk, die het wetsontwerp betekende op de individuele vrijheid. Maar daar werd, en dat was de kentering, tegenover gesteld „dat, al moge het tot op zekere hoogte vaststaan, dat de zorg voor de gezondheid van het enkele individu eene particuliere zaak *van dat individu* is, zulks toch niet wegneemt, dat de gemeenschap de middelen moet bezitten om zich te vrijwaren voor de gevolgen van roekeloosheid van een persoon, opdat niet de nalatigheid van den een schade berokkene aan den ander”. De ervaring had ruimschoots geleerd, dat ook op het punt van de gezondheidszorg te weinig gebondenheid van het individu grote schade kan aanbrengen en dat van bestaande vrijheid door onverstand of onverschilligheid een zo ruim gebruik werd gemaakt, dat gevaar voor anderen ontstond <sup>1)</sup>.

## § 2. Het karakter van de eerste maatregelen en hun verdere ontwikkeling

### *Eerste aanzet tot gedeeltelijke centralisatie*

Onder het Tweede Ministerie Thorbecke (1862—1866) kwam aldus in 1865 een geheel nieuwe wetgeving op geneeskundig gebied tot stand. Zij had betrekking op de uitoefening der genees- en der artsenijbereidkunst, de voorwaarden tot verkrijging van verschillende bevoegdheden op medisch en pharmaceutisch gebied en op de regeling van het geneeskundig staatstoezicht.

<sup>1)</sup> Van der Mijle, t.a.p., pag. 117 en 118.



Bij de invoering van deze wetten stond voorop: „de erkenning, dat het algemeen belang dikwijls een sterk ingrijpen in de individuele vrijheid vordert, maar dat aan de andere zijde die beperking niet verder moet gaan, dan door het belang van de staat of ter beveiliging van de zwakken tegenover de sterken, trouwens ook een staatsbelang, wordt vereist.”<sup>1)</sup>

Moge deze erkenning op zichzelf typerend zijn voor de zich wijzigende tijdgeest, van groot belang achten wij eveneens de bepaling, die we vinden in artikel 5 van de wet tot regeling van het geneeskundig staatstoezicht: „De geneeskundige ambtenaren, de leden en de plaatsvervangende leden van de geneeskundige raden, mits deze voorzien zijn van eene magtiging van den geneeskundigen inspecteur der provincie, zijn bevoegd alle openbare gebouwen, scholen, gestichten van liefdadigheid, slaapsteden en fabrieken of andere werkplaatsen, kazernen en gevangenissen binnen te treden, teneinde zich zooveel mogelijk bekend te maken met den toestand en de inrigting dier gebouwen in het belang der gezondheid.”<sup>2)</sup>

Door deze bepaling werd de mogelijkheid geboden om, waar reeds zolang op was aangedrongen, de omstandigheden te beïnvloeden vanuit de gezichtshoek van de medicus.

Deze omstandigheden werden vooralsnog gezien in de natuurlijke omgeving, waarin de mensen leefden en werkten. Van Loghem spreekt later van „technische middelen van gezondheidszorg ter verbetering van het milieu der menselijke samenleving”<sup>3)</sup>. Als voorbeelden hiervan kunnen worden genoemd: de verzorging met goed drinkwater, opruiming van straat- en huisvuil, riolering en zuivering van afvalwater, bouw- en woningtoezicht en hygiënisch toezicht op voedingsmiddelen.

De daadwerkelijke bemoeienissen waren tot dusver overgelaten aan de gemeenten, die krachtens artikel 168 van de Gemeentewet tot taak hadden verordeningen te maken, die in het belang van openbare orde, zedelijkheid en gezondheid worden vereist. Ook de woningwet (1901) zou in dezen later nog een taak aan de gemeenten geven.

Hiervan was echter niet veel terecht gekomen in de praktijk.

<sup>1)</sup> Van der Mijle, t.a.p. pag. 118—119.

<sup>2)</sup> Van der Mijle, t.a.p. pag. 9.

<sup>3)</sup> Prof. Dr J. J. van Loghem, *Algemene gezondheidsleer*. 1935, pag. 223.



Dit blijkt uit hetgeen Van der Mijle opmerkt bij de totstandkoming van de wet van 4 December 1872, betreffende voorzieningen tegen besmettelijke ziekten. Hij zegt, dat men was gaan inzien dat een algemeen belang als de doelmatige bestrijding van dergelijke ziekten, niet geheel en al aan gemeentebesturen mocht worden toevertrouwd. „Eene beperking van de autonomie der gemeenten in dit opzicht werd toegejuicht. Deden alle gemeentebesturen steeds dat, wat men er van mag vorderen, dan zou er wat dit punt betreft geen reden zijn, om naar meerdere centralisatie te verlangen. Doch waar de ervaring geleerd heeft, dat zulks niet het geval is, dat men soms wellicht weerhouden wordt door de vrees voor het maken van onkosten en in andere gevallen misschien het goede inzicht wordt gemist, daar moet het onverantwoordelijk heeten om terwille van een historisch beginsel, dat overigens alleszins gerechtvaardigd is, de belangen der openbare gezondheid aan benadeeling bloot te geven.”<sup>1)</sup>

Deze wet van 1872 kende dan ook aan het geneeskundig staats-toezicht wederom een belangrijke taak toe.

Het geneeskundig staatstoezicht, dat in de loop van de negentiende eeuw enige wijzigingen onderging, die echter niet van wezenlijke betekenis waren (16 April 1867, 15 April 1886 en 15 April 1891), omvatte: het onderzoek naar de staat der volksgezondheid en, waar nodig, de aanwijzing en bevordering van middelen ter verbetering, alsmede de handhaving der wetten en verordeningen, in het belang der volksgezondheid vastgesteld. Dit toezicht ressorteerde onder de Minister van Binnenlandse Zaken en werd opgedragen aan inspecteurs en geneeskundige raden.

#### *Overheidszorg voor de natuurlijke omgeving en toenemende centralisatie*

De zorg voor de natuurlijke omstandigheden en de zorg voor de besmettelijke-ziektenbestrijding, in meer technische zin als ontsmetting en isolatie, werd daarmee in de feitelijke ontwikkeling welhaast volledig een overheidstaak, vooral toen op aandringen van de centrale organen de gemeentelijke overheden de uitvoering geleidelijk aan meer en meer ter hand gingen nemen. De Rijksoverheid gaf daarbij echter steeds meer leiding, terwijl ook het centrale toezicht op de uitoefening van groter betekenis werd.

Dat men zich ook inderdaad beperkte tot het beïnvloeden van de natuurlijke omstandigheden en de technische bestrijding van

<sup>1)</sup> Van der Mijle, t.a.p., pag. 113 en 114.

besmettelijke ziekten, blijkt volledig uit de verslagen van het geneeskundig staatstoezicht, die van jaar tot jaar verslag geven van eigen werkzaamheden en tevens van de maatregelen, die in diverse gemeenten worden getroffen. Het werd bovendien nog eens bevestigd bij de totstandkoming van de gezondheidswet 1919. Ingevolge artikel 6 van deze wet konden inspecteurs worden belast met een speciaal onderdeel van het toezicht. De toelichting op dit artikel vermeldt: „dat het schier ongelooflijk klinkt, dat de inspecteurs tot dusver belast waren met het toezicht op de handhaving van de wettelijke bepalingen betreffende besmettelijke ziekten en met de zaken, rakende de hygiëne van bodem, water en lucht. Zij konden het gehele terrein niet beheersen, zodat de inspectie bleef buiten de bemoeiing met de bestrijding van de kindersterfte en de geslachtsziekten.”<sup>1)</sup>

Deze zorg voor de natuurlijke omstandigheden en de besmettelijke ziekten werd dan ook, zij het als zelfstandig onderdeel, opgenomen in het geheel van de taak, die de Overheid op het bredere terrein van deze zorg had. Of deze specifiek medische taak, binnen het verband waar zij haar plaats kreeg, voldoende zelfstandig tot haar recht komt, is een vraag die overweging verdient.

Naast het geneeskundig staatstoezicht zien we dan later ontstaan de pharmaceutische inspectie, die wordt belast met het toezicht op de handhaving van de wettelijke bepalingen op de uitoefening van de artsensijbereidkunst, van de warenwet, de wet op sera en vaccins en met zaken, rakende de hygiëne van bodem, water en lucht. De inspectie voor de volkshuisvesting wordt belast met het toezicht op de handhaving van de woningwet, terwijl de veterinaire inspectie toezicht houdt op de naleving van de vleeskeuringswet.

De wetten van 1865 en 1872 hadden de grondslag gelegd voor een centrale leiding en contrôle en voor een gedecentraliseerde uitvoering door de Overheid op het onderhavige gebied. Als bijzonderheid zij hier vermeld, dat bij de behandeling in het wetgevende lichaam het wetsontwerp 1872 krachtige verdediging vond in enkele geneeskundigen, die toentertijd zitting hadden in de Tweede Kamer.

---

<sup>1)</sup> Dr L. Leydesdorff, *Gezondheidswet*. 1946.



Met de ontwikkeling ging men echter tekorten in de wetgeving constateren. Het in het jaar 1900 gehouden congres voor Openbare Gezondheidsregeling spreekt van een toenemende belangstelling van overheidswege, hetgeen overigens een aanwijzing is, dat men niet tevreden was: „De tegenwoordige regering en meer bepaaldelijk de Minister van Binnenlandse Zaken, heeft een open oog voor de belangen der volksgezondheid. Zij stelt nieuwe bepalingen in het vooruitzicht betreffende de volkshuisvesting, betreffende de maatregelen te nemen tegen de voor de volksgezondheid schadelijke verontreiniging der openbare wateren, de maatregelen tegen verkoop van schadelijke levensmiddelen en meer andere onderwerpen van sanitaire aard en meent, dat ter handhaving van de bepalingen, in al die te verwachten wetten vast te leggen, het geneeskundig staatstoezicht, zoals het thans volgens de wet van 1 Juni 1865 is georganiseerd, geheel ontoereikend is.”<sup>1)</sup>

De aandacht blijft gevestigd op de natuurlijke omstandigheden. De wijziging, die men wenst, betreft vooral een grotere invloed van het centrale gezag, waardoor dan tevens die maatregelen kunnen worden genomen, die de uitvoering, dus het gedecentraliseerde overheidsgezag, stimuleren. En wanneer dan op 21 Juni 1901 een nieuwe wet tot stand komt, houdende o.m. de regeling van het staatstoezicht op de volksgezondheid, wordt als motief voor deze herziening aangevoerd: het ontbreken van een centrale leiding, het ontbreken van voldoende bevoegdheden, het gemis aan plaatselijke voorlichting, te weinig activiteit van geneeskundige raden, die slechts enkele keren in het jaar bijeen kwamen<sup>2)</sup>.

### *Herziening van de wettelijke bepalingen*

Men sprak in het vervolg niet meer van geneeskundig staatstoezicht, maar van staatstoezicht op de volksgezondheid, hetgeen voor de medici aanleiding was er hun vrees over uit te spreken, dat daardoor het terrein der gezondheidszorg niet bij uitstek gereserveerd bleef voor de geneeskundige<sup>3)</sup>. Eenzelfde moeilijkheid van taakafbakening zal zich later ook voordoen, als de sociale omstandigheden op de voorgrond treden.

<sup>1)</sup> Blocker en R. H. Saltet, *Ter inleiding tot de bespreking der eisen die aan een wet, regelende het staatstoezicht op de volksgezondheid, behoren te worden gesteld*. Prae-advies, uitgebracht voor het Congres voor Openbare Gezondheidsregeling, gehouden op 20 en 21 April 1900 te Arnhem. In: *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*, tweede jaargang, 1900, pag. 114.

<sup>2)</sup> E. Philips en H. de Jongh, *Woningwet en Gezondheidswet*. 1901.

<sup>3)</sup> Blocker en Saltet, t.a.p. pag. 116.



Waar het hier de natuurlijke omstandigheden betreft, zijn we van mening, dat deze omstandigheden niet in haar geheel tot het terrein van de geneeskundigen behoren. De geneeskundige heeft een belangrijke specifieke taak, die bij uitstek voor hem gereserveerd moet blijven. Maar de zorg voor de gehele natuurlijke omstandigheden zou men toch bezwaarlijk zonder meer gezondheidszorg kunnen gaan noemen, al is deze zorg er dan ook vaak indirect mee gediend.

Naarmate dan ook maatregelen in dit opzicht werden getroffen, verminderde de rechtstreekse bemoeiing van de medicus hiermee. Hem rest tot taak, zoals Van Loghem aangeeft: het vaststellen van de behoefte aan hygiënische verbetering door technische middelen; het omschrijven van de eisen, aan welke technische middelen uit hygiënisch oogpunt hebben te voldoen; de hygiënische toetsing van de middelen, door de techniek aangeboden <sup>1)</sup>. Naast de gezondheidswet zien we dan ook, dat in 1901 een aparte woningwet tot stand komt.

Inmiddels werd door de gezondheidswet van 1901 de centrale gezondheidsraad <sup>2)</sup> belast met de centrale leiding. Voor het directe en deskundige toezicht dienden hoofdinspecteurs en inspecteurs, terwijl gezondheidscommissies <sup>3)</sup> werden ingesteld als

<sup>1)</sup> Van Loghem, t.a.p. pag. 223.

<sup>2)</sup> De centrale gezondheidsraad (art. 12): *a.* dient aan de regering desgevraagd van bericht en advies in alle zaken, de volksgezondheid betreffende; *b.* houdt zich op de hoogte van de staat der volksgezondheid; *c.* vestigt de aandacht van de regering op maatregelen, die naar zijn oordeel zijn te nemen in het belang der volksgezondheid; *d.* doet door een of meer zijner leden of buitengewone leden of een inspecteur verrichten de onderzoeken, die hun nodig voorkomen; *e.* zendt jaarlijks aan de Minister van Binnenlandse Zaken een verslag van de bevindingen van het staats-toezicht op de volksgezondheid; verricht overigens de werkzaamheden die hem, behalve de genoemde, krachtens de wet of door de Minister van Binnenlandse Zaken worden opgedragen.

<sup>3)</sup> De gezondheidscommissiën (art. 27): *a.* adviescollege voor hoofdinspecteur, inspecteurs, gedeputeerde staten, raad of college van burgemeester en wethouders; *b.* houden zich op de hoogte van de staat der volksgezondheid en de verordeningen in hun gemeenten; *c.* nemen klachten in overweging en vestigen de aandacht van de gemeentelijke overheid op maatregelen in het belang der volksgezondheid; *d.* het laten verrichten van onderzoeken en het volgen van opdrachten van de hoofdinspecteur. Art. 6 van de wet licht deze taak dan nader toe, waaruit blijkt welke aangelegenheden de wetgever beschouwt als rakende de volksgezondheid. Daar leest men, dat geen besluit of verordening door de gemeenteraad mag worden vastgesteld, gewijzigd of ingetrokken, zonder voorafgaand advies der gezondheidscommissie en wel een besluit of verordening omtrent: de volkshuisvesting; de verwijdering en afvoer van vuil; de reinheid van wegen en wateren; voorkoming, wering of beteugeling van besmettelijke ziekten; drinkwaterleidingen of andere middelen ter verkrijging van drinkwater; gezondheidstoezicht op levensmiddelen; alle overige besluiten en verordeningen in het belang der volksgezondheid.

plaatselijke organen, die voor de behartiging van de belangen der volksgezondheid zorg moesten dragen. Enerzijds een straffere doorvoering der centralisatiegedachte, anderzijds het stimuleren van plaatselijke activiteit door middel van de gezondheidscommissies.

Voor de grote gemeenten — vooral met het oog op Amsterdam, waar in het jaar 1901 juist de eerste directeur aan een gemeentelijke gezondheidsdienst was aangesteld <sup>1)</sup> — werd een uitzondering mogelijk gemaakt. Minister Goeman Borgesius deelde naar aanleiding van gerezen bedenkingen mede: „er is geen reden om eene degelijk ingerichte gemeentelijke gezondheidscommissie, zooals er in verscheidene gemeenten reeds bestaan en in verloop van tijd ingesteld zouden kunnen worden, niet te doen treden in de plaats van eene gezondheidscommissie, als bij deze wet bedoeld. Aan de gemeenten, die zich bereid en in staat toonen de behartiging van de belangen der volksgezondheid harerzijds behoorlijk te regelen, kan dit met vertrouwen worden overgelaten.”

In verband hiermede werd dan ook in artikel 29 bepaald „dat op verzoek van den Raad van eene gemeente waarin eene van gemeentewege behoorlijk ingerichte commissie voor het toezicht op de volksgezondheid of voor een of meer bijzondere takken van gezondheidszorg bestaat, voorgeschreven kan worden, dat die commissie voor een nader te bepalen tijd in die gemeente voor het toezicht op de volksgezondheid in zijn geheelen omvang of voor een of meer bijzondere takken van gezondheidszorg in de plaats van eene volgens de wet in te stellen gezondheidscommissie zal treden. In dat geval rusten op die commissie de verplichtingen en de bevoegdheden, die volgens deze en andere wetten en verordeningen aan de gezondheidscommissiën zijn opgelegd.” <sup>2)</sup> Deze bepaling was van veel betekenis voor de ontplooiing van de gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten, die later in enkele grote steden zouden ontstaan, vooral ook toen de Armenwet aan de gemeenten een taak opdroeg ten aanzien van de geneeskundige armenverzorging <sup>3)</sup>.

De gezondheidswet van 1901 bereikte een achttienjarige leeftijd, hetgeen in een mensenleven voldoende kan worden geacht om tot

<sup>1)</sup> Dr N. Knapper, *Een kwart eeuw zuigelingenverzorging in Nederland*, 1935, pag. 41.

<sup>2)</sup> Dr Blooker, *De gezondheidscommissies der grote gemeenten krachtens de gezondheidswet*. In: *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*, vierde jaargang 1902, pag. 27 en 33.

<sup>3)</sup> Artikel 33 van de Armenwet bepaalde, dat elke gemeente of een combinatie van gemeenten een of meer gemeentegeneeskundigen moet aanstellen.



andere inzichten te komen. Na deze achttien jaren vond men dan ook, dat er een organisatorische fout was gemaakt: de bevoegdheid van de centrale raad als leidinggevend orgaan bleek niet verenigbaar met de positie en de taak van de inspectie voor de volksgezondheid. De centrale raad moest, via de hoofdinspecteurs, die in dit college zitting hadden, leiding geven aan de inspecteurs.

In de praktijk liep dit op een mislukking uit, hetgeen we ons kunnen indenken. Het afleggen van verantwoording was op Nederlandse wijze degelijk geregeld, hetgeen de oorzaak kan vormen van onaangenaam, bedillend en remmend optreden. Hierin zien we dan ook meer de fout gelegen dan in de vrijwel onbegrijpelijke verklaring van de regering, dat een college van hygiënisten weinig tot besturen geschikt is en dat de krachtige eenheid van wil, die voor leiden en besturen onmisbaar is, a priori ontbreekt bij een dergelijk college. Maar men constateerde nog een andere fout: er bestond een college (de centrale gezondheidsraad), door de wet geroepen tot zelfstandig beslissen over bestuurshandelingen, zodat de Minister staatsrechtelijk ter verantwoording zou kunnen worden geroepen voor handelingen, waarvoor hij feitelijk de verantwoording niet zou kunnen dragen <sup>1)</sup>.

De gezondheidswetgeving 1919 bracht dan enige belangrijke wijzigingen: de centrale gezondheidsraad werd een louter adviserend college voor hygiënische vragen. Daarnaast werden de dagelijkse bemoeiingen van het departement met de diensten, de zorg voor het onderling verband en evenwicht en de voorbereidingen van beslissingen opgedragen aan een directeur-generaal, die aan het hoofd van een afdeling van het departement onder de minister werkzaam is.

Tenslotte was er de belangrijke wijziging, dat inspecteurs belast konden worden met een speciaal onderdeel van het toezicht (art. 6). Nadien zijn er van de periode tot 1940 weinig bijzonderheden meer te vermelden.

\* \* \*

De belangstelling, die bij de medici bestond, ging echter zeker niet alleen uit naar de natuurlijke omstandigheden. Ook het sociale milieu, het milieu waarin de mensen leefden en werkten, had hun

---

<sup>1)</sup> Leydesdorff, t.a.p. pag. 8.



aandacht. En de arbeid van deze medici is niet zonder invloed gebleven op de velerlei maatregelen, die in dit opzicht werden genomen. Deze maatregelen vinden we vooral in de sociale wetgeving, die de arbeid, de arbeidskracht en daarmee de arbeidende mens op de voorgrond plaatste. Het inzicht ontstaat dat het gaat om de maatschappelijke toestand van de mens, om de mens, zoals hij in werkelijkheid leeft en werkt met zijn medemens.

De betekenis hiervan voor de gezondheid werd begrepen, hetgeen o.m. moge blijken uit het feit, dat Dr Alfred Grotjahn, in 1869 geboren, na zijn medische studies te hebben voltooid, economie ging studeren bij de hoogleraar in de economische wetenschappen, Gustav Schmoller „teneinde de maatschappelijke vraagstukken beter te leren kennen en met meer vrucht de maatschappelijk-geneeskundige problemen te kunnen bestuderen” <sup>1)</sup>).

### § 3. Sociale wetgeving en gezondheidszorg

#### *De arbeidswetgeving*

In 1874 wordt met de sociale wetgeving, die sindsdien sterk is uitgebreid, een aanvang gemaakt.

Onder het tweede Ministerie Heemskerk komt de Kinderwet-Van Houten tot stand. Naar aanleiding hiervan merkt Brugmans op, dat er een symptoom in kan worden gezien van een nieuwe opvatting omtrent staat en maatschappij. Waar Van Houten in zijn Memorie van Antwoord te kennen gaf, dat hij beoogde: „eene verkeerde rigting van het oekonomisch leven te bestrijden en de schaduwzijden van het stelsel van vrije mededinging te temperen”, ging hij verder dan met de zuiver liberale opvatting overeenkwam.

De nieuwe richting kondigt zich volgens Brugmans hier al aan: Een richting „die wat later haar welsprekende uitdrukking zou vinden in Kappeyne's woorden, gesproken bij de beraadslagingen over de staatsbegroting voor 1875: als wij vijf en twintig jaren terugblikken, dan zien wij dat de algemeene opvatting deze was, dat de Staat niets anders is dan eene groote politiemagt, die slechts te zorgen had voor de veiligheid van de personen en goederen . . . . Maar die redeneering gaat niet meer op.” Brugmans vervolgt dan: „Onze moderne levensbeschouwing leert ons inzien, dat die oude opvatting der natuurlijke vrijheid een klank zonder inhoud is . . . .

<sup>1)</sup> Fischer, t.a.p. pag. 296—297.

dat de Staat van zijne ingezetenen kan vergen al wat tot zelfbehoud der vereeniging noodzakelijk is, maar dat hij ook aan hen alles moet verschaffen wat vereischt wordt, om hun het volle genot der beschaving te verzekeren.”<sup>1)</sup>

Valkhoff spreekt van een eerste reactie tegen het individualisme, omdat de vrijheid van de industrieel om met de productiemiddelen, die hij in eigendom heeft, anderen tegen betaling van loon te laten arbeiden, dan enigszins bij de wet wordt ingeperkt<sup>2)</sup>.

Met deze ontwikkeling, deze verandering in opvatting, openen zich nieuwe perspectieven voor de gezondheidszorg. We zagen hoe deze zorg zich naast de individuele naar de openbare sfeer ontwikkelde: het natuurlijke milieu kreeg aandacht. En nu gaat daarnaast ook aandacht ontstaan voor het sociale milieu. Fischer komt zo later (in 1918) tot een onderscheiding van de openbare hygiëne in fysieke en sociale hygiëne. „Die Physische Hygiene ist der Teil der öffentlichen Hygiene, der sich mit den Einflüssen der natürlichen Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse befasst.” „Die Soziale Hygiene ist der Teil der öffentlichen Hygiene, der sich mit den Einflüssen der sozialen Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse beschäftigt.”<sup>3)</sup>

Onder dit sociale milieu, waar hier de aandacht op gevestigd wordt, verstaan wij *het milieu waarin de mens, vooral de arbeider, „werkt”*. Deze omstandigheid had, zoals men zag, invloed op de gezondheid der mensen. En met het op de voorgrond treden van de gemeenschapszin en het algemeen belang als grondslagen voor de economische inrichting, ging men nu van de burgerlijke wetgever verlangen, dat hij zich niet bleef buigen voor een eenzijdig vrijheidsbeginsel, maar dat hij door regelen van dwingend recht de economisch zwakkeren zou beschermen<sup>4)</sup>. Beschermen in die zin, dat invloed zou worden uitgeoefend op de sociale omstandigheden van het milieu, waarin gewerkt wordt.

Aan dit verlangen wordt dan in de arbeidswetgeving tegemoet gekomen. Van het standpunt der gezondheidszorg geschiedt dit door het geven van voorschriften, vooral negatieve voorschriften, die beogen de werking van schadelijke invloeden te weren. Zo

<sup>1)</sup> Brugmans, t.a.p. pag. 205.

<sup>2)</sup> Valkhoff, t.a.p. pag. 67.

<sup>3)</sup> Fischer, t.a.p. pag. 296—297.

<sup>4)</sup> Prof. Dr F. J. H. M. v. d. Ven, *De Nederlandse Arbeidswetgeving in de laatste 40 jaren*. In: *Economie*, derde jaargang, 1938, pag. 641.



bevat de arbeidswet van 1889 (herzien in 1919) bepalingen betreffende de kinderarbeid, vrouwenarbeid en aangifteplicht van de medicus in geval van bepaalde beroepsziekten. De handhaving van deze bepalingen werd opgedragen aan arbeidsinspecteurs, die uiteraard al direct de behoefte voelden aan medische voorlichting, welke in het begin werd verkregen door samenwerking te zoeken met het Geneeskundig Staatstoezicht. Aangezien echter genoemd Staatstoezicht niet voldoende aan de noodzakelijke medische voorlichting tegemoet kon komen, werd in 1903 een medisch adviseur benoemd, die als voornaamste taak kreeg „zich op de hoogte te houden van al hetgeen in verband staat met de bescherming van arbeiders uit hygiënisch oogpunt”<sup>1)</sup>. Later werden nog enkele geneeskundigen aangesteld.

Behalve in de arbeidswet vinden we verschillende medische en hygiënische voorschriften in de veiligheidswet (1895—1934), de phosphorluciferswet (1901), de mijnwet (1904), de caissonwet (1905), de steenhouwerswet (1911), de stuwadoorswet (1914), terwijl het Wetboek van Koophandel de periodieke keuringen van schepelingen regelt.

Voor de uitvoering van de verschillende bepalingen waren de bedrijven, waarvoor de voorschriften golden, verantwoordelijk. Zij troffen daarvoor dan ook zelf, ieder op hun eigen wijze, de nodige voorzieningen.

Zo zien we hier dan de feitelijke situatie, dat de Overheid voorschriften gaf en zorgde voor de contrôle op de naleving hiervan. Voor de uitvoering moest het bedrijfsleven zelf zijn voorzieningen treffen.

Daarnaast zien we, dat dit deel van de gezondheidszorg zijn plaats kreeg, zij het dan ook een — uit hoofde van het bijzonder karakter der maatregelen — zelfstandige plaats voorzover het betreft de uitvoering, binnen het geheel van de sociale maatregelen, die invloed wilden uitoefenen op het sociale milieu, waarin de arbeider werkt. En evenmin als bij de natuurlijke omstandigheden kunnen we nu zeggen, dat de zorg voor de sociale omstandigheden geheel en al tot het terrein van de gezondheidszorg kan worden gerekend, ook al zullen vele sociale maatregelen indirect van grote betekenis zijn voor de gezondheid.

<sup>1)</sup> Ir N. C. Winkel, *De taak van de arbeidsinspectie*. In: 50 jaren arbeidsinspectie, 1890—1940, pag. 20, 24 en 25.



*Gezondheidszorg in de bedrijven*

Toen de arbeidswet-Aalberse in 1919 aan het Parlement ter behandeling werd voorgedragen, werd wederom een nieuwe periode ingeluid, die een positiever optreden van de Overheid met zich bracht. De bepalingen direct betrekking hebbend op de gezondheidszorg, bleven nu echter hun negatief karakter behouden.

De arbeidswet-Aalberse kende de arbeiders een zekere vrije tijd toe, teneinde hen in staat te stellen hun menselijke, hun maatschappelijke persoonlijkheid te ontwikkelen. Van der Ven tekent hierbij aan dat „de periode, die thans werd ingeluid, wordt gekenmerkt door een vollediger doorbreken van het besef van de persoonlijkheidswaarde van de bij het productieproces betrokkenen. De persoonlijkheidswaarde van de mens eist niet alleen, dat hij op behoorlijke wijze in zijn levensonderhoud en dat van zijn gezin kunne voorzien en dat hij niet worde blootgesteld aan de fysieke en morele gevaren waaraan een door een ongelimiteerd winststreven gericht bedrijfsleven hem zou kunnen ten offer brengen; in één woord, de persoonlijkheidswaarde stelt niet uitsluitend een ethische minimum-norm. De persoonlijkheidswaarde eist in het moderne bedrijfsleven behalve bescherming ook regeling van de verhoudingen, waarin de menselijke persoonlijkheid door de inbreng van zijn daarvan niet los te maken arbeid zich geplaast ziet; zij eist dat de gezagsverhouding, die de arbeidsverhouding met zich brengt, niet door willekeur maar door recht worde beheerst.”<sup>1)</sup>

De sociale noden waren voor de medicus aanleiding geweest om erop te wijzen, dat ook de sociale omstandigheden waarin de arbeider „werkt” van groot belang waren voor zijn gezondheid; en de wetgever was aan de wens tot het geven van voorschriften tegemoet gekomen. Nu positieve voorschriften gegeven werden met betrekking tot de algemene sociale omstandigheden, rijst dan ook de vraag waarom niet tegelijkertijd positieve voorschriften gegeven werden die een geleide ontwikkeling van de betreffende medische zorg beter mogelijk zouden hebben gemaakt.

Als we ons de woorden van Aalberse, gesproken bij de verdediging van de arbeidswet 1919, in herinnering roepen, geven deze ons aanleiding te denken, dat de tijd rijp werd geacht om de regeling van deze medische materie aan het bedrijfsleven zelf over

---

<sup>1)</sup> Van der Ven, t.a.p. pag. 648—649.

te laten. Aalberse merkte immers op: „dat hij hoopte, dat dit de laatste maal zou zijn, dat de Wetgevende Macht een zoodanige wet zou moeten uitvaardigen en dat spoedig de tijd zou aanbreken, waarop de wetgever zich geleidelijk van dit terrein zou kunnen terugtrekken om, zij het onder sanctie en contrôle van de Overheid, de desbetreffende regelingen over te laten aan de in het bedrijfsleven opgekomen organen.”<sup>1)</sup>

Maar als we daarnaast dan zien naar de volkomen met deze uitspraak in strijd zijnde poging van Aalberse om te geraken tot instelling van districtsgezondheidsdiensten, waarop we nog nader zullen ingaan<sup>2)</sup>, dan blijkt daaruit dat hij het verband met de arbeidswetgeving wilde loslaten en dat hij deze voorziening haar plaats wilde geven in het verband van de voor de gehele gezondheidszorg te treffen regeling. Een regeling die gebaseerd was op welhaast volledige overheidszorg.

Door het mislukken van deze poging is de lijn der ontwikkeling, die de uitvoering van de gezondheidszorg — voorzover het betreft het milieu waarin de arbeider werkt — in handen legde van het bedrijfsleven zelf, niet doorbroken. Wel werd het verband met de arbeidswetgeving zwakker.

We zien dan ook verder dat het bedrijfsleven, zij het incidenteel, op eigen initiatief positieve maatregelen gaat treffen. In een rapport betreffende de bedrijfsgeneeskunde in Nederland<sup>3)</sup> lezen we, dat door de N.V. Philips in het jaar 1928 werd overgegaan tot de instelling van een gezondheidsdienst. Verschillende andere grote bedrijven zijn later in dezelfde richting gegaan, terwijl ook in sommige steden of streken soortgelijke bedrijfsgeneeskundige diensten zijn ontstaan. Naast deze volledige bedrijfsgeneeskundige diensten zijn er nog tal van andere instanties, die zich met bepaalde bedrijfsgeneeskundige werkzaamheden bezig houden, zoals keuringen, bedrijfshygiënische adviezen e.d. Genoemd rapport komt echter tot de conclusie, dat men er nog zeer ver van verwijderd is bedrijfs-geneeskundig toezicht uit te oefenen op alle in de bedrijven werkzame personen<sup>4)</sup>.

Ook de begrensde taak wordt duidelijk in het reeds aangehaalde

<sup>1)</sup> Van der Ven, t.a.p. pag. 648.

<sup>2)</sup> Zie pag. 93 e.v.

<sup>3)</sup> *Bedrijfsgeneeskunde in Nederland*; rapport van de werkkommissie der sectie voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde, 1947.

<sup>4)</sup> *Bedrijfsgeneeskunde in Nederland*, t.a.p. pag. 9.



rapport aangegeven: de opleiding, oefening en organisatie van e.h.b.o.-ploegen en de geneeskundige hulpverlening, alsmede geneeskundige maatregelen op organisatorisch en administratief gebied, waarbij men zich bezighoudt met milieufactoren welke „tijdens” het verrichten van beroepsarbeid inwerken. En dan wordt uitdrukkelijk gesteld, dat het nemen van maatregelen ten aanzien van omstandigheden „buiten” het werk niet direct vallen onder deze zorg. „Zeer zeker behoort ook tot haar taak het nemen van al die maatregelen, welke de gezondheidstoestand van de werkende mens kunnen bevorderen. Men bedenke, dat de levensgewoonten en levensomstandigheden vaak in hoge mate aan de aard van het beroep zijn gebonden. Dit wil echter in genen dele zeggen, dat een bedrijfsgeneeskundige dienst voor alle takken van gezondheidszorg een eigen voorziening moet scheppen. In een land als Nederland, waarin reeds een zo belangrijke en vergaande differentiatie van de gezondheidszorg is tot stand gekomen, zal er voor moeten worden gezorgd, dat elke nieuwe tak van gezondheidszorg op de juiste wijze wordt ingepast in het reeds bestaande raam.” <sup>1)</sup>

### *De sociale verzekering*

Naast de arbeidswetgeving willen we thans nog in het kort enige aandacht schenken aan de sociale verzekering die, voorzover het betreft haar medische aspecten, vele raakpunten heeft met de uit de arbeidswetgeving voortvloeiende medische maatregelen en met de werkzaamheden der bedrijfsgeneeskundige diensten. Het karakter der uit de sociale verzekering voortvloeiende medische maatregelen is echter anders, omdat we hier niet volledig kunnen spreken van maatregelen — ten behoeve van de arbeiders — die betrekking hebben op het milieu, waarin de arbeiders werken.

Onder sociale verzekering verstaat Veldkamp: „het geheel van die instellingen of maatregelen welke beogen door middel van heffingen op het inkomen of vermogen van de personen, die tot een bepaalde sociaal-economische groepering behoren, aan die personen recht op een zekere prestatie te verschaffen in geval van intreden van omstandigheden, welke voor hen allen als mogelijkheid dreigen en welke tot gevolg hebben, hetzij dat hun inkomen ophoudt of vermindert, hetzij dat hun vermogen geheel of gedeeltelijk teniet gaat, hetzij dat voor hen zeer moeilijk te dragen uitgaven

---

<sup>1)</sup> Bedrijfsgeneeskunde in Nederland, t.a.p. pag. 4 en 5.



noodzakelijk worden, hetzij een combinatie van deze mogelijkheden.”<sup>1)</sup>

Het spreekt duidelijk dat bij de uitvoering dezer verzekering het medisch facet van veel betekenis is; we denken daarbij o.m. aan het verrichten van keuringen en de contrôle. Het nauwe verband met de taak van de bedrijfsgeneeskundige diensten blijkt o.m. uit de factoren, die Terborg noemt als van invloed zijnde op het aantal ongevallen:

1. de aard van het bedrijf;
2. factoren van materiële aard (inrichting en onderhoud van fabrieken en werkplaatsen met de outillage er van, de kennis van en de aard en kwaliteit der machines en losse gereedschappen);
3. factoren, samenhangend met de omstandigheden, waaronder gewerkt moet worden (temperatuur, toestand van de atmosfeer, verlichting, arbeidstempo);
4. oorzaken, samenhangend met de verstandhouding, die er heerst in een onderneming;
5. de mentaliteit t.o.v. het veiligheidsvraagstuk, welke bij werkgever en werknemer in een onderneming heerst<sup>2)</sup>.

We menen ons echter in deze raakpunten niet al te zeer te moeten verdiepen. Het aanwezig zijn van vele raakpunten is bovendien nog niet altijd een motief voor samenvoeging van onderscheidene gebieden tot een uniformiteit. De onderscheidene gebieden hebben meestal ieder voor zich ook weer eigen problemen en eigen aanrakingspunten met andere gebieden van het maatschappelijk leven. Bovendien zouden we dan eveneens aandacht moeten schenken aan de mening van degenen, die een essentieel verschil zien tussen de werkzaamheden van de bedrijfsarts en de controlerend geneeskundige en die dit ook in de organisatie tot uitdrukking willen zien gebracht.

Ons bij dit uitgebreide onderwerp vooral beperkend tot de door de feitelijke ontwikkeling gegroeide situatie, constateren we wederom van de overige aspecten der gezondheidszorg onderscheiden moeilijkheden, die om een eigen oplossing vragen.

De verscheidenheid die in de organen der sociale verzekering valt waar te nemen, drukt haar stempel op de medische zorg, aangezien hiertoe van deze organen gebruik wordt gemaakt. Onder

<sup>1)</sup> Veldkamp, t.a.p. pag. 13.

<sup>2)</sup> Geciteerd door Veldkamp, t.a.p. pag. 108.

medische zorg verstaan we hier de contrôle, die plaats heeft met het oog op het instellen van die behandeling, welke de tijd van verzuim kan bekorten en welke kan leiden tot het herkrijgen van de grootst mogelijke validiteit.

Ten aanzien van de organisatie van de sociale arbeidsverzekering constateert Veldkamp „dat de wetgever territoriale overheidsorganen in de Raden van Arbeid en een centraal overheidsorgaan heeft ingesteld in de Rijksverzekeringsbank, waaraan de Overheid de uitvoering der sociale arbeidsverzekeringswetten heeft overgedragen, terwijl daarnaast bij de Ongevallenwet, Ziekte- en Kinderbijslagwetten aan privaatrechtelijk georganiseerde lichamen voor de, op vrijwillige toetreding berustende, bij de lichamen aangesloten de uitvoering dier wetten geheel of gedeeltelijk door de overheid is overgelaten” <sup>1)</sup>. Veldkamp concludeert hieruit dat zich aldus in de practijk een chaotische organisatie ontwikkeld heeft, die vraagt om een doelmatige reorganisatie. Dit is te meer noodzakelijk, omdat een principieel georganiseerd systeem pas dan aan zijn doel — in concreto de sociale zekerheid van de arbeidende mens te waarborgen — kan beantwoorden, als het doelmatig is in zijn opbouw <sup>2)</sup>.

Deze conclusie geldt eveneens voor de medische zorg in dit verband. Hier en daar heeft weliswaar een centralisatie plaats gevonden, b.v. in de contrôle door Centraal Beheer en door de Centrale Onderlinge, maar daarmee is het probleem niet opgelost <sup>3)</sup>.

De vraag is nu in welke richting een noodzakelijk geachte reorganisatie moet plaats vinden. Een vraag, die wij in dit korte bestek niet durven trachten te beantwoorden, terwijl ons doel ook slechts is om aan de hand van de feitelijke ontwikkeling de „onderscheiden” aspecten van de maatschappelijke gezondheidszorg aan te tonen, teneinde daardoor vast te stellen, dat een onderscheiden behandeling ter oplossing van de eigen moeilijkheden gewenst is.

Niettemin menen we niet volledig aan het probleem te mogen voorbijgaan. We hebben geconstateerd hoe de zorg voor de natuurlijke omgeving haar eigen karakter draagt en als voorziening haar

<sup>1)</sup> Veldkamp, t.a.p. pag. 244.

<sup>2)</sup> Veldkamp, t.a.p. pag. 245.

<sup>3)</sup> Zie rapport *Sociale Zekerheid*, deel III, hoofdstuk II A, 5b: De Sociale Verzekeringswetten, 1945, pag. 29—34.



plaats heeft verworven binnen het verband van de door de Overheid, met het oog hierop, getroffen ruimere voorzieningen. Maar terzelfder tijd hebben we hier de vraag gesteld of deze specifiek medische taak, binnen het verband waarin ze is geplaatst, voldoende zelfstandig tot haar recht komt en wel ten behoeve van een behoorlijke uitvoering en ontwikkeling. <sup>1)</sup> De specifiek medische taak voor het milieu waarin de arbeider werkt, vond haar zelfstandige plaats eerst in het verband van de arbeidswetgeving, maar geleidelijk aan meer in het verband van de door het bedrijfsleven zelf getroffen voorzieningen <sup>2)</sup>.

We menen thans ook bij de sociale verzekering van een specifiek medische taak te mogen spreken (we geven er de voorkeur aan om deze taak te rangschikken onder de zorg voor het milieu waarin de arbeider werkt) en de vraag rijst of nu ook deze taak niet — zij het binnen het verband van de te treffen maatregelen op het gebied van de sociale verzekering — haar zelfstandige plaats moet krijgen, opdat deze taak deskundig kan worden uitgevoerd en ontwikkeld. Zonder het verband met het algemeen kader waarin de onderscheiden voorzieningen haar „zelfstandige” plaats ieder voor zich hebben in te nemen, uit het oog te verliezen, zou daardoor — naast de genoemde deskundige behartiging en ontwikkeling — bereikt kunnen worden, dat in de toekomst gemakkelijker de onderlinge verbindingen kunnen worden gelegd tussen deze onderscheiden voorzieningen die toch ook veel gemeenschappelijk hebben.

Met het oog hierop achten we van grote betekenis hetgeen Brenkman schreef naar aanleiding van de Memorie van Toelichting, behorende bij het wetsontwerp dat, zoals hij zei, de bedoeling heeft om unificatie der sociale wetgeving te bereiken. De daarin voorkomende passus, dat de medici „ondergeschikt” zullen zijn aan de besturen der bedrijfsverenigingen, was voor hem aanleiding om de sociaal-geneeskundigen aan te sporen zich ernstig en met spoed te beraden of men zich hierbij kan neerleggen of duidelijk kenbaar te maken dat zij zich verplicht achten het geneeskundig deel der sociale verzekering zelf ter hand te nemen <sup>3)</sup>.

Wij zijn het met Brenkman eens, dat er een groot verschil bestaat tussen „ondergeschiktheid” en een zelfstandige voorziening „in

<sup>1)</sup> Zie pag. 63.

<sup>2)</sup> Zie pag. 72.

<sup>3)</sup> Dr C. J. Brenkman, *Kroniek van de maand*. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 28ste jaargang, 1950, pag. 254.



het verband van". Dit is ook van veel betekenis voor de toekomstige mogelijkheid tot een krachtige ontwikkeling der „algehele" gezondheidszorg.

#### § 4. Behartiging van enkele onderdelen der maatschappelijke gezondheidszorg

##### *De particuliere werkzaamheid*

Van die maatregelen, die als maatschappelijke gezondheidszorg zijn te duiden, willen we thans in hoofdzaak nagaan de organisatorische maatregelen die, hetzij direct hetzij indirect, contact met het gezin vereisen. We hebben gesproken van maatregelen, die reiken tot in het milieu waarin de mens „leeft".

In het midden der negentiende eeuw, toen het gemeenschapsbelang aandacht kreeg en geleidelijk ging prevaleren boven de wil en het belang van de enkeling, gingen ook op het gebied van de gezondheidszorg de mensen zich met elkaar verbinden om door samenwerking meer te kunnen bereiken. Deze zorg kreeg daardoor een maatschappelijk karakter; ze werd losgemaakt van het op eenzijdige daden ingesteld systeem der liefdadigheid en zou met de ontwikkeling steeds meer organisatorische betekenis krijgen.

De cholera-epidemie vormde in het jaar 1866 de aanleiding om te Utrecht een vereniging voor de volksgezondheid op te richten. Men sprak van een vereniging als zelfstandig lichaam, in stand gehouden door vrijwillige bijdragen van gewone en van contribuerende leden. Verschillende andere grote steden bleken, volgens verslag van het Geneeskundig Staatstoezicht, dit initiatief spoedig te volgen. Het voorbeeld van Amersfoort wordt genoemd, als in het jaar 1874 de geneeskundige raad van de provincie Noord-Holland, onder voorzitterschap van de geneeskundig inspecteur van volksgezondheid, Dr J. Penn, het denkbeeld oppert, om in Noord-Holland een vereniging op te richten tot bestrijding van epidemische ziekten. Deze vereniging zou plaatselijk in elke gemeente werken door afdelingen, terwijl een provinciaal comité, door de afdelingen gekozen, het middelpunt der vereniging zou uitmaken en waken voor de algemene belangen. „Zulk een vereniging — aldus was de gedachte — kan door dadelijke hulp te verlenen bij elke epidemische ziekte en door de hand te houden aan de toepassing der epidemiewet, een uitmuntende werking doen en — evenals de vereniging het Rode Kruis in tijden van oorlog voor militairen —

in vreedstijd voor de burgers van uitnemend nut worden." Dit initiatief leidde tot de oprichting, op 26 November 1875, van de vereniging Het Witte Kruis <sup>1)</sup>. Het oorspronkelijk doel, de bevordering der hygiëne onder het volk, werd al direct uitgebreid tot de ziekenverpleging aan huis, waarmee door de georganiseerde gezondheidszorg de eerste stap werd gezet om rechtstreeks contact te krijgen met het gezin. Dat ook hier nog veel weerstanden te overwinnen waren, blijkt wel uit het feit, dat in 1886 gesproken moest worden van een „kwijnende belangstelling” en dat in 1892 nog slechts vijftien afdelingen werden geteld <sup>2)</sup>.

Interessant is, dat deze vereniging al direct bij haar oprichting door de Overheid werd ingeschakeld voor de uitvoering van de wet op de besmettelijke ziekten. De Overheid maakte hiermee een begin om voor de gezondheidszorg gebruik te maken van het particulier initiatief en de particuliere werkzaamheid. Later zullen we zien, dat dit niet meer alleen wordt beperkt tot de uitvoering van wetten, maar dat ook bij de voorbereiding van wetten eenzelfde handelwijze wordt gevolgd. Maar tevens heeft dit tot gevolg, dat de Overheid kwam tot een grotere inmenging, sterkere contrôle en meerdere zorg in privaatrechtelijke verhoudingen. Valkhoff spreekt naar aanleiding van deze ontwikkeling van „vermaatschappelijking” van het privaatrecht, waarmee bedoeld wordt dat het recht, regelende de verhouding tussen de burgers, socialer, d.w.z. minder individualistisch is geworden en dat het gemeenschapsbelang meer op de voorgrond treedt <sup>3)</sup>.

De belangstelling was gewekt om vanuit de maatschappij maatregelen te treffen, die de gezondheidszorg toegankelijk maakten voor iedereen. Na een aarzelend begin volgt een snelle, welhaast onoverzichtelijke ontwikkeling. De hoofdinspecteur van de volksgezondheid getuigt hiervan als hij in 1932, op verzoek van het Tweede-Kamerlid, Mevrouw De Vries-Bruins, rapport uitbrengt over het sociaal-hygiënische werk in Nederland. Hij zegt daarin: „Het groot aantal verenigingen van allerlei richting, dat zich beweegt op het gebied der volksgezondheid, stemt tot grote voldoening omdat dit erop wijst, hoe veelzijdig en overtuigend de

<sup>1)</sup> Zie verslag aan den Koning van de bevindingen en handelingen van het Geneeskundig Staatstoezicht over de jaren 1869, pag. 437 en 438; 1874, pag. 20 en 21.

<sup>2)</sup> J. Beyerman, *Onze kruisverenigingen*. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 11e jaargang 1933, pag. 81 en 82.

<sup>3)</sup> Valkhoff, t.a.p. pag. 192.



belangstelling er voor is, doch men kan niet aan de indruk ontkomen, dat hier door het ontbreken van een voldoende samenwerking versnippering van krachten plaats vindt. Vooral op het gebied van de kinderhygiëne zijn de zelfstandig werkende verenigingen zo verspreid, dat het niet zo eenvoudig is een goed overzicht er van samen te stellen.”<sup>1)</sup>

In 1884 werd de Amsterdamse vereniging voor gezondheids- en vacantiëkolonies opgericht, gevolgd door de Vereniging van gezondheidskolonies te 's-Gravenhage en verenigingen te Rotterdam, Groningen en Leeuwarden. In 1900 ontwikkelt zich hier al een centrale samenwerking in het Centraal Genootschap voor kindherstellings- en vacantiëkolonies. Spoedig volgde een behartiging van dit werk op confessionele grondslag, waarna dan weer het samenwerkingsorgaan, de Centrale Raad voor kinderovertuiging, wordt geboren. In 1897 werd te Amsterdam een vereniging tot behartiging der belangen van Nederlandse longlijders opgericht. In Mei 1903 kwam te Rotterdam de eerste plaatselijke vereniging tot bestrijding der tuberculose tot stand. In 1904 werd een Nederlands comité tot bestrijding van tuberculose opgericht, dat in 1907 werd omgedoopt tot de Nederlandse Centrale Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose. De zuigelingenverzorging vindt het eerst haar organisatie in Den Haag, waar in 1907 de Centrale Vereniging voor Consultatiebureau's in de Hofstad werd gesticht. Utrecht volgde in 1910 met de Utrechtse Vereniging tot Bescherming van zuigelingen en Amsterdam in 1911. Aan de zuigelingenverzorging was alreeds voorafgegaan de organisatie van verloskundige hulp, eveneens in de grote steden. In Maastricht werd in 1906 de vereniging Pro Infantibus opgericht en in 1909 te Heerlen de R. K. Vereniging Moederschapszorg. Inmiddels wordt dan ook op het gebied van de zuigelingenverzorging behoefte gevoeld aan centralisatie en deze wordt gerealiseerd in de in 1908 opgerichte Nederlandse Bond tot Bescherming van Zuigelingen, die zich ten doel stelde: al datgene te verenigen, wat voor dien ongeregeld, chaotisch bestond.

Een gelijksoortige ontwikkelingslijn zien we later ook op de andere gebieden der gezondheidszorg: plaatselijke verenigingen voor een bepaalde tak van dienst, confessionele verenigingen en dan centralisatie: op het gebied van de lichamelijke-gebrekkigen-

<sup>1)</sup> R. N. M. Eykel, *Overzicht over het sociaal-hygiënische werk in Nederland op het gebied van den dienst der volksgezondheid*. 1932, pag. 1.



zorg, geslachtsziektenbestrijding, asthmabestrijding, geestelijke volksgezondheidszorg in haar vele aspecten en reumatiekbestrijding.

Zo groeide de gezondheidszorg in ons land, zoals Brenkman het typeert, als een wild groeiende plant, waarbij het principe gevolgd werd dat de bevolking begrijpt en voelt, waarom het gaat en zelf zorgt voor haar gezondheidsbelangen onder medewerking van de Overheid <sup>1)</sup>.

Toch zal later blijken, dat deze wilde groei zich volgens bepaalde vaste lijnen gaat ontwikkelen. Op deze lijn wijst dezelfde schrijver, wanneer hij zegt dat de gezondheidszorg zich krachtig heeft ontwikkeld door de werkwijze van verschillend gekleurde kruisverenigingen <sup>2)</sup>.

Naast de verschillende verenigingen in de grote steden, die we in de eerste ontwikkeling zagen ontstaan, zogenaamde specifieke verenigingen omdat ze zich beperkten tot een bepaald omschreven deel van de gezondheidszorg, zien we vanaf 1900 een snelle ontwikkeling van de *kruisverenigingen* die, beginnend met ziekenverpleging aan huis, zich ontwikkelen tot verenigingen, die welhaast het gehele terrein van de maatschappelijke gezondheidszorg bestrijken. Het was vooral het platteland, waar zij het eerst haar aandacht op vestigden. Opgemerkt zij, dat de genoemde „specifieke” centrale verenigingen zich niet de uitvoering ten doel stelden, maar vooral de propaganda en het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek. De kruisverenigingen, die in deze specifieke verenigingen samenwerken, waren van het begin af aan — in de grote steden lag het anders — aangewezen voor de uitvoering <sup>3)</sup>. In 1900 werd in Zuid-Holland de eerste Groene-Kruis-afdeling opgericht en in 1901 kwam reeds de Zuid-Hollandse provinciale vereniging „Het Groene Kruis” tot stand. Dan volgde de Friese (1902), De Groningse (1902), De Overijssels-Drentse (1906), de Gelderse (1907), de Zeeuwse (1907), de Noord-Brabantse (1909), de R. K. Limburgse (1910), de Utrechtse (1916). Op 26 October

<sup>1)</sup> Dr C. J. Brenkman, *Gezondheidszorg voor en door de bevolking*. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 14e jaargang, 1936, pag. 43.

<sup>2)</sup> Dr C. J. Brenkman, *Inleiding in de Sociale geneeskunde*. 1947, pag. 62 en 68.

<sup>3)</sup> Gegevens omtrent het voorafgaande en het navolgende werden ontleend aan: Knapper, t.a.p.; R. N. M. Eykel, *Verspreide opstellen op het gebied der volksgezondheid*; Prof. Dr J. H. Tuntler, *Organisatie der preventieve geneeskunde*. Preventieve geneeskunde, deel III, 1938; *Tijdschrift Katholieke Gezondheidszorg* en *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*; Jaarverslagen van nationale en provinciale kruisverenigingen.

1912 werd de Algemene Nederlandse Vereniging „Het Groene Kruis” gesticht, waarbij alle voornoemde provinciale verenigingen (ook het Witte Kruis) zich aansloten. In 1916 werd — in Limburg was men voorgegaan — besloten tot oprichting van R. K. organisaties. Brabant nam het initiatief met de oprichting van een Wit-Gele-Kruisorganisatie, gevolgd door de andere diocesen. Op 10 Juli 1923 werd de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis gesticht, waarbij alle diocesane organisaties, ook het R. K. Limburgse Groene Kruis, zich aansloten. Daarmee was naast de algemene (het Groene Kruis) de Rooms-Katholieke kruisorganisatie (het Wit-Gele Kruis) voor het gehele land een feit geworden. Later werden de diocesane Wit-Gele-Kruisorganisaties omgevormd tot provinciale organisaties. In 1938 werd opgericht de Bond van Protestants-Christelijke Verenigingen voor wijkverpleging „Het Oranje-Groene Kruis”.

Op deze wijze werd over het gehele land een net gespannen van plaatselijke verenigingen van verschillende kleur, federatief samenwerkend in provinciale organisaties van eveneens verschillende kleur, die op haar beurt weer een eigen landelijk federatief verband vormden.

Het geheel berust op het principe van het vrijwillige gezinslidmaatschap der plaatselijke verenigingen. De wijkverpleegster is hier de centrale figuur, waaromheen de maatschappelijke gezondheidszorg, die de middelen, het apparaat, de organisatie, enz. beschikbaar stelt, wordt gebouwd. (Hoe deze lijn zich verder zal ontwikkelen is een vraag voor de toekomst. De gelukkige omstandigheid bestaat in ons land, dat de vrij gevestigde medischhuisartsen nauw bij de maatschappelijke gezondheidszorg zijn betrokken en de mogelijkheid is niet uitgesloten dat, zoals nu de wijkverpleegsters, ook deze „vrij gevestigde” medici straks over de gehele lijn een centrale plaats zullen innemen.)

De middelen, het apparaat, de organisatie, enz. worden beschikbaar gesteld, voorzover dat mogelijk is, door de plaatselijke verenigingen en voorts door de provinciale verenigingen, waarbij deze zijn aangesloten. Deze onderhouden vele diensten (waarbij de leiding van districtsartsen en districtsverpleegsters een belangrijke rol speelt), hetgeen tot gevolg heeft dat op provinciaal niveau omvangrijke organisaties zijn ontstaan. Als voorbeeld noemen we de begroting van de Noord-Brabantse Bond van het Wit-Gele



Kruis, die voor het jaar 1950 een bedrag aangaf van bijna *f* 1.000.000,—. Vele noodzakelijke voorzieningen en voorgenomen verdieping van werkzaamheden vielen buiten deze raming wegens gebrek aan geldmiddelen en deskundige krachten. (De totale inkomsten van de plaatselijke Wit-Gele-Kruisverenigingen in Noord-Brabant bedroegen in het jaar 1949 *f* 1.623.727,—; deze inkomsten bewegen zich in stijgende lijn. Het gedeelte van dit bedrag, dat uit subsidies werd verkregen, bedroeg *f* 109.680,— rijkssubsidie en *f* 182.242,— gemeentesubsidie.)

Het is slechts één voorbeeld uit één provincie, waardoor we ons echter enigszins een indruk kunnen vormen van de omvang van de werkzaamheden door de drie kruisorganisaties in het gehele land.

De provinciale werkzaamheden worden in gemengde provincies voor een belangrijk deel uitgevoerd in onderlinge samenwerking der kruisorganisaties van verschillende kleur. De landelijke organisaties geven leiding en voorlichting aan de bij haar aangeslotenen; de onderlinge samenwerking op landelijk niveau is zeer intensief.

We menen in dit kader niet nader te moeten ingaan op de omvangrijke organisatie en de vele diensten, die worden onderhouden en volstaan met een overzicht te geven van het ledental en het aantal werkzame wijkverpleegsters.

*Overzicht per 1 Januari 1950*  
(waarin niet opgenomen het Oranje-Groene Kruis)

Provincie	Aantal afdelingen		Totaal	Aantal leden (gezinnen)		Totaal	Aantal wijkverpl.st.		Totaal
	Groene Kruis	Wit-Gele Kruis		Groene Kruis	Wit-Gele Kruis		Groene Kruis	Wit-Gele Kruis	
Groningen . . .	70	—	70	113653	—	113653	100	—	100
Friesland . . .	121	5	126	97722	2300	100022	122	6	128
Drente . . .	52	6	58	51105	1495	52600	71	6	77
Overijssel . . .	59	47	106	82409	27232	109641	105	69	174
Gelderland . . .	108	83	191	82986	53200	136186	131	125	256
Utrecht . . .	50	31	81	45689	22559	68248	72	53	125
Noordholland .	116	39	155	143300	60000	203300	129	81	210
Zuid-Holland .	158	56	214	139365	51108	190473	193	104	297
Zeeland . . .	71	27	98	40338	12141	52479	54	24	78
Noord-Brabant .	27	182	209	16072	167790	183862	26	301	327
Limburg <sup>1)</sup> . . .	—	145	145	—	91538	—	—	194	—
Toaal . . . . .	977	621	1453	812639	489363	1210464	1197	963	1772

<sup>1)</sup> Limburg is eveneens aangesloten bij de A.N.V. Het Groene Kruis.



*De gemeentelijke Overheid*

Slechts in enkele van de grootste steden heeft de gemeentelijke Overheid een uitvoerende taak van betekenis op het gebied van het in dit hoofdstuk besproken deel der gezondheidszorg op zich genomen. Als het meest sprekende voorbeeld kan worden genoemd de gemeente Amsterdam, die haar gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst belastte met welhaast de gehele maatschappelijke gezondheidszorg. De stap hiertoe werd gezet in het jaar 1920, toen de werkzaamheden van de verenigingen voor zuigelingen zorg werden overgenomen „aangezien deze”, zo heette het, „in een stad van 500.000 zielen en 14.000 zuigelingen noch financieel noch organisatorisch bij machte waren om het werk naar behoren te doen” <sup>1)</sup>.

In het algemeen kan echter gezegd worden, dat de gemeenten de werkzaamheden overlieten aan het particulier initiatief en dit werk dan al of niet onder bepaalde voorwaarden subsidieerden. Deze subsidies en de daaraan verbonden voorwaarden zijn welhaast zo verschillend als er gemeenten in het land bestaan. Over de gehele lijn zijn de subsidies echter niet van dien aard, dat van een voldoende krachtige steun aan de particuliere werkzaamheid kan worden gesproken.

Vóór de oorlog 1940—1945 lieten de tengevolge van de crisisonstandigheden ingevoerde bezuinigingen blijkbaar weinig steun toe voor de gezondheidszorg.

Dit was voor Brenkman, een der grote voorgangers van de sociale gezondheidszorg in Nederland, aanleiding de navolgende aansporing te richten tot de particuliere verenigingen: „Over de hele lijn verminderen de subsidies uit de openbare kas; tegenover deze vermindering zal, naast aanpassing door versobering, iedere vereniging het moeten zoeken in eigen kracht. Tijden van druk hebben gewoonlijk een verhoogde krachtsinspanning tengevolge, die men niet hoog genoeg kan aanslaan.” <sup>2)</sup>

Ruim tien jaren tevoren, in 1923, sprak dezelfde medicus al over donkere wolken, die tengevolge van de bezuinigingsziekte de gezondheidszorg bedreigden <sup>3)</sup>. Dat de subsidies der gemeenten zich

<sup>1)</sup> Knapper, t.a.p. pag. 42.

<sup>2)</sup> Dr C. J. Brenkman, *Ingrijpende maatregelen*. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 12e jaargang. 1934, pag. 2.

<sup>3)</sup> Dr C. J. Brenkman, *Donkere wolken*. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1e jaargang. 1923, pag. III.

na de crisisjaren tot 1936 in dalende lijn blijven bewegen en zich daarna tot 1940 op het laagste niveau handhaven, ondanks toename van bevolking en ondanks toename van werkzaamheden, wordt o.m. ook aangetoond in een overzicht over de gezondheidszorg in de provincie Noord-Holland <sup>1)</sup>.

Na de oorlog kan enigszins van een verbetering ten goede worden gesproken, veelal in de verschillende provincies, gestimuleerd door een daartoe strekkend advies van de provinciale besturen aan de gemeentebesturen. We volstaan wederom met een enkel voorbeeld te noemen: in de provincie Noord-Brabant spreekt het Wit-Gele Kruis in zijn verslag over het jaar 1948 van een verblijdende vooruitgang: „de gemeente-subsidies stegen in dit jaar met niet minder dan 37 %.” Na deze zo belangrijke stijging bedroegen ze echter toch nog niet meer dan gemiddeld f 1,— per lid, waartegenover een gemiddelde contributie stond van ruim f 5,— per lid. In het jaar 1949 werd het plaatselijk Wit-Gele Kruiswerk voor 82 % van de uitgaven gefinancierd met particuliere middelen, terwijl provinciaal (exclusief de tuberculosebestrijding, die in een ander vlak ligt) het particulier initiatief 68 % van alle inkomsten opbracht <sup>2)</sup>.

Als een niet onbelangrijke activiteit der gemeentebesturen op het gebied der uitvoering, moeten we melding maken van het geneeskundig schooltoezicht, waartoe de gemeente Zaandam reeds in het jaar 1904 het initiatief nam <sup>3)</sup>. Het waren vooral de grote steden, die in de loop der jaren dit voorbeeld volgden totdat een ook na de oorlog toegepast *besluit van de bezetter* de gemeentelijke Overheid in het algemeen aanspoorde de uitvoering van dit onderdeel ter hand te nemen <sup>4)</sup>.

Dat de gang van zaken t.a.v. het schooltoezicht bij ons volk geen volledige instemming ondervond, blijkt o.m. uit het voorlopig verslag op de rijksbegroting voor het dienstjaar 1948. Daarin lezen we: „Vele leden stelden de vraag of, nu het schoolartsenbesluit

<sup>1)</sup> Zie A. W. Michels, *Overzicht van hetgeen op het gebied van de volksgezondheid in Noord-Holland wordt gedaan*. 1939, pag. 14.

<sup>2)</sup> Gegevens en verslagen over de jaren 1948 en 1949 van de Provinciale Noord-Brabantse Bond van het Wit-Gele Kruis.

<sup>3)</sup> Prof. Dr J. M. Baart de la Faille, *Historisch overzicht van het geneeskundig schooltoezicht*. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1e jaargang. 1923, pag. 167 e.v.

<sup>4)</sup> Besluit van de Secretarissen-Generaal van de Departementen van Sociale Zaken en van Binnenlandse Zaken betreffende de organisatie van schoolartsendiensten. Ned. St.crt 27 Mei 1942, nr 100.



niet meer van kracht is, het moment niet is gekomen om de in artikel 78 bedoelde subsidie rechtstreeks ter beschikking te stellen aan de organisaties, die ook de andere onderdelen der gezondheidszorg en der kinderhygiëne, welke hierbij onmiddellijk aansluiten, geheel zelfstandig behartigen. Deze vraag klemmt temeer, omdat grote groepen van onze bevolking principieel afwijzend staan tegenover een uitvoerende taak der Overheid op dit gebied. Ook al is dit in de steden met geneeskundige diensten in de loop der jaren aldus gegroeid, dat wil niet zeggen dat dit systeem van overheidszorg ook moet worden doorgevoerd, wanneer nieuwe schoolartsendiensten worden opgericht, zij het dan met subsidie van de Overheid. Integendeel zijn juist op het platteland, waar deze oprichting thans op ruime schaal plaats vindt, organisaties werkzaam, die volledig in staat zijn deze dienst zelfstandig uit te voeren en volkomen te doen aansluiten bij de andere onderdelen der kinderhygiëne en gezondheidszorg, waarvan de schoolhygiëne een essentieel onderdeel uitmaakt. Mag van de Minister medewerking verwacht worden bij het bestaande uitgesproken streven naar inschakeling van de schoolartsendiensten in de georganiseerde gezondheidszorg, zoals deze door de particuliere organisaties wordt uitgevoerd? Is de Minister bereid de subsidie, welke thans aan de betrokken gemeenten wordt beschikbaar gesteld, toe te kennen aan de particuliere organisaties, opdat deze de schoolartsendiensten in overleg en in samenwerking met de Overheid zelfstandig tot uitvoering kunnen brengen?"<sup>1)</sup>

Het antwoord van de Minister luidde: „De ondergetekende wacht adviezen in over een opgesteld voorontwerp van wet tot nieuwe regeling van het geneeskundig schooltoezicht. Zonder reeds op de details hiervan te kunnen ingaan kan hij verklaren, dat het voorontwerp uitgaat van de gedachte, dat het particulier initiatief in deze zaak mede dient te worden betrokken in samenwerking met de overheid.”<sup>2)</sup>

### *De provinciale Overheid*

De provinciale Overheid bepaalt zich in hoofdzaak tot het geven van subsidies aan instellingen en verenigingen, die enig onderdeel van de volksgezondheid behartigen. Echter gaat zij steeds meer ook

<sup>1)</sup> Rijksbegroting voor het dienstjaar 1948, XIIe hoofdstuk, voorlopig verslag nr 4.

<sup>2)</sup> Rijksbegroting voor het dienstjaar 1948, XIIe hoofdstuk, Memorie van Antwoord nr 6.



een rol van betekenis vervullen bij het coördineren der werkzaamheden, hetgeen o.m. tot uitdrukking komt bij de oprichting van provinciale raden van de gezondheidszorg.

### *De Rijksoverheid*

De Rijksoverheid ging vanaf het jaar 1919, na wijziging van de gezondheidswet, meer belangstelling tonen<sup>1)</sup>. Nadat bij Koninklijk Besluit van 11 Augustus 1920 was bepaald, dat het Staatstoezicht op de Volksgezondheid de dienst kinderhygiëne en tuberculosebestrijding zou omvatten, werd bij Koninklijk Besluit van 3 December 1926 de bestrijding van de geslachtsziekten hieraan toegevoegd.

De hoofdinspecteur voor de volksgezondheid schreef naar aanleiding van deze nieuwe bevoegdheden van de inspectie: „Waar het de bedoeling der Regering is om aan het particulier initiatief bij zijn werk ten behoeve van de sociale hygiëne zoveel mogelijk vrijheid te laten, is het de taak van de inspectie, belast met deze tak van dienst, toezicht te houden op het werk der verenigingen, in zoverre deze rijkssubsidie ontvangen, dit te leiden en aan te moedigen en door het geven van adviezen te steunen. Daarnaast heeft zij tot taak de regering van voorlichting te dienen bij het vaststellen van richtlijnen, welke door het particulier initiatief in acht genomen moeten worden en heeft zij toezicht uit te oefenen op de besteding der gelden, waarmede de staat het particulier initiatief steunt.”

Omtrent de taak van de Rijksoverheid zijn vanaf 1920 vele discussies gevoerd, die vooral de instelling van gezondheidsdiensten betroffen. We komen hierop nader terug in hoofdstuk V en beperken ons thans tot de feitelijke gegevens.

In 1927 richtte de Rijksoverheid haar aandacht op de zuigelingenbescherming. Een organisatieschema werd door de Minister vastgesteld, waarbij het uitvoerende werk werd opgedragen aan de provinciale verenigingen. Onder haar toezicht geschiedt voor de afzonderlijke gemeenten het werk door de plaatselijke verenigingen met behulp van de wijkverpleegsters. Een rijkssubsidie werd verleend en de daaraan verbonden voorwaarden moesten de navolging der richtlijnen waarborgen (dit subsidie strekte zich niet uit tot de plaatselijke verenigingen).

<sup>1)</sup> Gegevens hieromtrent zijn ontleend aan Eykel, t.a.p.

In het jaar 1928 wordt dan een centrale commissie ingesteld ter bestudering van de opleiding van wijkverpleegster tot huisbezoekster bij de zuigelingenbescherming. De particuliere verenigingen werden uitgenodigd in deze commissie zitting te nemen en daarmee zien we, dat naast het gebruik dat de Overheid van de particuliere werkzaamheid maakte voor de uitvoering van de gezondheidszorg, ook bij de voorbereiding van te nemen besluiten het particulier initiatief wordt ingeschakeld. In 1929 volgde dan een Koninklijk Besluit, waarin voorschriften gegeven werden met betrekking tot het behalen van de aantekening wijkverpleging, waardoor eenheid in de opleiding werd gebracht.

Eenzelfde inschakeling van het particulier initiatief zagen we reeds in 1925, toen de Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid een „commissie inzake kraamhulp” instelde, die sedertdien in belangrijke mate leiding heeft gegeven.

De taak, die de inspectie ingevolge de Gezondheidswet 1919 kreeg op het terrein van de tuberculosebestrijding, hield in de betreffende Minister te adviseren omtrent de aangelegenheden, het tuberculosevraagstuk betreffende, waartoe ook behoort het advies inzake het subsidiëren van verenigingen, die zich met tuberculosebestrijding bezighouden en de contrôle over de gesubsidieerde verenigingen en instellingen. Tot dusver was dit de taak geweest van de Nederlandse Centrale Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose. Ook thans volgden subsidies met daaraan verbonden voorwaarden, die werden opgesteld met de desbetreffende particuliere verenigingen.

We stellen ons niet ten doel het kleurrijk patroon van alle bepalingen na te gaan, evenmin als we dit deden bij de opsomming van de op het gebied van de gezondheidszorg werkzame verenigingen en hun activiteiten.

Zoals in de werkzaamheid der particuliere verenigingen echter een bepaalde lijn is te ontdekken, zo is het ook in het gevoerde beleid van de Overheid: gebruik maken van de particuliere werkzaamheid bij het voorbereiden van wetten en voor de uitvoering van maatregelen. Dit laatste onder contrôle van de Overheid, die haar macht daartoe ontleende aan de voorwaarden, waaronder subsidies werden verleend. Terburgh schreef dan ook in 1929: „Zo werd de macht van het staatstoezicht, die eerst op overreding berustte, daarna aan wettelijke bepalingen werd ontleend,



tenslotte, voor een deel althans, verkregen door de van meer dan een zijde geëiste bijdragen van de staat.”<sup>1)</sup>

We zien in deze ontwikkeling geen grote verschilpunten met de schets, die Van der Ven ons geeft ten aanzien van het sociaal-politieke beleid in het algemeen: „Na de liquidatie van de oorlog 1914—1918”, zo betoogt hij, „toont de regering weinig bereidheid zich intensief bezig te houden met de conjunctuurpolitiek en nog minder met bewuste structuurpolitiek. Het particulier initiatief ging, waar het maar mogelijk was, onvoorwaardelijk voor en aan een poging om het bedrijfsleven in door de Overheid aangeduide banen te leiden, werd vooralsnog niet gedacht. Daarnaast ging, na de eerste stoot, de sociale politiek der Overheid in een vertraagd tempo haar gang. Dan volgen de crisisjaren 1929—1933 en nu wordt de neiging waarneembaar, zowel bij de Overheid als bij zekere groepen in de gemeenschap, om zich te gaan uitspreken voor een ontwikkeling naar meer gebondenheid in het economisch leven, althans voor de vorming van nieuwe organen op sociaal-economisch gebied, waarvan aard en karakter wijzen op een zekere vereniging van de privaat-economische en de publieke sfeer en daarmee ook op de tendens tot herwaardering van de inhoud en de onderlinge verhouding der begrippen vrijheid en gebondenheid.”<sup>2)</sup>

We hebben reeds gezegd, dat ook op het gebied van de gezondheidszorg de discussies werden ingezet, o.m. betreffende instelling van gezondheidsdiensten. We gaan hierop nog nader in en volstaan nu met er op te wijzen, dat na de oorlog 1940—1945 verschillende commissies door de Minister van Sociale Zaken werden ingesteld, teneinde van advies te dienen omtrent een wettelijke organisatie van de volksgezondheidszorg.

#### *Enige gegevens betreffende Rijkssubsidie*

Enige aandacht willen we thans nog wijden aan de financiële steun, die door de Rijksoverheid werd verleend aan de hier ter sprake gebrachte particuliere verenigingen.

In het voorlopig verslag uit het jaar 1932 van de Tweede Kamer betreffende de begroting van de afdeling volksgezondheid van het Departement van Binnenlandse Zaken kan men lezen, dat vele leden zich uitermate verwonderden over de sterke vermindering

<sup>1)</sup> Terburgh, t.a.p. pag. 88.

<sup>2)</sup> Prof. Dr F. J. H. M. van der Ven, *Economische en sociale opvattingen in Nederland*, 1948, pag. 57 en 58.



van vele posten. Zij meenden, dat de bevordering der volksgezondheid een allereerste plaats behoorde in te nemen en dat op de daarvoor uitgetrokken gelden zo weinig mogelijk moest worden bezuinigd. Vrijwel algemeen was men van oordeel, dat bezuiniging op de onderafdeling kinderhygiëne, tuberculosebestrijding en bestrijding geslachtsziekten een verkeerde politiek was <sup>1)</sup>. Met dit somber beeld voor ogen begon in 1933 het Departement van Sociale Zaken, waar de volksgezondheid werd ondergebracht, zijn werkzaamheden.

De jaarlijkse begrotingsoverzichten, die Neurdenburg ons vanaf dan brengt in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, geven er blijk van, dat het algemeen oordeel van de Tweede Kamer het tot geen practisch resultaat bracht. Integendeel zou nog een verdere bezuiniging worden doorgevoerd. De subsidies voor kinderhygiëne, tuberculosebestrijding en geslachtsziektenbestrijding liepen tot het jaar 1936 terug om dan op het laagste niveau gehandhaafd te blijven tot 1940. Uitgaande van een indexcijfer van 1000 voor het jaar 1932, vertoonde het verloop van de volgende jaren: 1933: 842; 1934: 834; 1935: 830; 1936 t/m 1939: 827. Inmiddels namen de bevolking en het werk wel in belangrijke mate toe.

Deze begrotingsoverzichten in het jaar 1946 wederom opnemend onder het motto „Nederland sukkelt nog met zijn gezondheid”, registreert Neurdenburg een schamele verhoging die zich, wil men het beeld iets minder pessimistisch voorstellen, beter leent voor vergelijking met voorheen dan voor een beoordeling in het kader van de tijdsomstandigheden. De kinderhygiëne, de tuberculosebestrijding en de geslachtsziektenbestrijding geven — ontdaan van bijzondere posten of uitgaven, die in vroegere jaren uit anderen hoofde werden voldaan — in vergelijking met het genoemde indexcijfer, het volgende beeld: 1940: 946; 1945: 1441; 1946: 2465.

Het geneeskundig staatstoezicht onderging een aanzienlijke uitbreiding terwijl de gemeenten, die het hygiënisch schooltoezicht ter hand hebben moeten nemen *krachtens besluit van de bezetter*, daarvoor een rijkssubsidie van f 200.000,— ontvangen.

Bij zijn beschouwing over de begroting 1947 stelt Neurdenburg de vraag, of de dienst der kruisverenigingen nog geen aandacht verdient. „Ten dele vindt men het antwoord hierop in de subsidieverhogingen voor de t.b.c.-bestrijding, de kinderhygiëne, enz.,

---

<sup>1)</sup> Zie *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*. 1932, pag. 263.

maar niet in het subsidie voor haar centrale leiding, die niettegenstaande alle prijs- en salarisstijgingen nog steeds is beneden het peil van 1932."

In het voorlopig verslag over de begroting 1949 lezen we dan, dat het vele leden getroffen heeft, dat het apparaat van het geneeskundig toezicht op de volksgezondheid is versterkt. Daarom achten zij het des te meer te betreuren, dat deze consequentie niet is getrokken ten aanzien van de particuliere organisaties, welke deze en andere diensten hebben uit te voeren. Houdt men bovendien nog rekening met het feit, dat naast een reorganisatie en uitbreiding van het geneeskundig staatstoezicht ook de departementale afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken sinds de bevrijding een zeer omvangrijke uitbreiding heeft gekregen, dan valt des te meer op, dat het apparaat der particuliere gezondheidszorg bij deze ontwikkeling verre achter bleef, omdat de gelden daarvoor niet ter beschikking werden gesteld in de mate als voor de uitbreiding van het werk nodig was. De leden hier aan het woord vroegen dan ook, of de Minister — ondanks de benarde tijdsomstandigheden — op het gebied der preventieve gezondheidszorg niet het moment gekomen achtte, een andere subsidiebasis te overwegen en met name eveneens voor het plaatselijk werk de smalle subsidiebasis te verbreden <sup>1)</sup>. Het verrassende antwoord van de Minister luidde: dat het apparaat van de particuliere gezondheidszorg bij de uitbreiding van het overheidsorgaan ten achter bleef, is geenszins alleen het gevolg van het onvoldoende beschikbaar stellen van gelden, maar vooral van het nog steeds heersende tekort aan geschikte krachten <sup>2)</sup>.

Inmiddels kan men zich verheugen over het feit, dat de Minister van Sociale Zaken aan het particulier initiatief de toezegging deed dat, als er een stelselmatig geordende gezondheidszorg tot stand komt, de kruisverenigingen ongetwijfeld een belangrijke taak hebben te vervullen <sup>3)</sup>. Overigens een begrijpelijke toezegging waar het hier een organisatie betreft met ongeveer anderhalf miljoen vrijwillig aangesloten gezinnen.

<sup>1)</sup> Rijksbegroting voor het dienstjaar 1949, XIIe hoofdstuk, voorlopig verslag nr 6, pag. 7.

<sup>2)</sup> Rijksbegroting voor het dienstjaar 1949, XIIe hoofdstuk, Bijlage I van de Memorie van Antwoord nr 8, pag. 11.

<sup>3)</sup> W. Drees, Minister van Sociale Zaken, *De Nederlandse Gezondheidszorg*. In: 25 jaar K. G. 1948, pag. 5.



Tenslotte kan eveneens als een verheugend verschijnsel worden aangewezen de benoeming van een staatssecretaris voor de volksgezondheid (in het jaar 1950) hetgeen erop wijst, dat de zaken de volksgezondheid betreffende, krachtiger ter hand zullen worden genomen.

### § 5. Conclusie

De feitelijke omstandigheden tonen ons, dat de gezondheidszorg zich in het algemeen langs bepaalde lijnen heeft ontwikkeld. Vanaf de totstandkoming van de wet van 1865 kan een toenemende tendens worden waargenomen tot grotere mate van gebondenheid. De ideeën, die hieromtrent bestaan, werden in niet geringe mate beïnvloed door wat we zouden kunnen noemen „de tijdgeest”.

Deze tijdgeest omstreeks de jaren, waarin een eerste pogen valt waar te nemen om te geraken tot ordenende maatregelen, droeg een sterk individualistisch karakter, hetgeen het bereiken van, in de omstandigheden van de tijd passende, doelmatige maatregelen in de weg zal hebben gestaan.

Geleidelijk kwam hierin een kentering, die velerlei maatregelen mogelijk maakte maar toch nog niet leidde tot een geordend geheel. Men ging zich echter uitspreken voor de vorming van nieuwe organen en ook de meningen hieromtrent zouden door de geest van de tijd worden beïnvloed. Dit kwam vooral in de na-oorlogse jaren sterk tot uitdrukking. We hebben hier weinig aandacht aan geschonken omdat we in het navolgende hoofdstuk nog nader daarop willen ingaan.

Bij het nagaan van de ontwikkeling, kwamen we tot een onderscheiding in: *de zorg voor de natuurlijke omgeving; de zorg voor de omgeving waarin de mens werkt; de zorg die de persoon rechtstreeks betreft en die reikt tot in het persoonlijke milieu waarin de mens leeft.*

Elk van deze voorzieningen draagt haar eigen karakter en heeft haar eigen verband met andere, niet onder de gezondheidszorg ressorterende, voorzieningen. Een onderscheiden behandeling achten we daarom gewenst en zelfs noodzakelijk.

Maar elk van deze voorzieningen draagt ook een zodanig specifiek karakter, dat een zelfstandige deskundige behartiging, zij het in het verband van het kader, waarin zij haar plaats vonden, wenselijk is.



Een dergelijke onderscheiden behartiging is dan tevens belangrijk om in de toekomst een zo goed mogelijk verband te kunnen leggen tussen deze verschillende aspecten van de gezondheidszorg, die onderling veel gemeenschappelijk hebben en die gezamenlijk het overzichtelijke beeld moeten vormen van de gehele gezondheidszorg.

Waar derhalve onze conclusie is, dat de gezondheidszorg, hoewel uiteindelijk een geheel vormend, uiteen valt in onderscheiden aspecten met een eigen problematiek, menen we ons tot een aspect te mogen beperken zonder aan het totale overzicht tekort te doen.

In het navolgende hoofdstuk richten we daarom onze aandacht uitsluitend tot een dezer aspecten, met name de zorg die de persoon rechtstreeks betreft en die reikt tot in het persoonlijke milieu waarin de mens leeft.

Ten aanzien van dit aspect is duidelijk de wens naar voren getreden om waarborgen te scheppen voor bijzondere eisen met betrekking tot de uitvoering. Een grote en verscheidene mate van activiteit werd ontplooid; en al blijkt de ontwikkeling volgens een bepaalde lijn te verlopen, toch moet worden vastgesteld dat er een dringende behoefte bestaat aan groter eenheid in de talrijke voorzieningen.

## HOOFDSTUK V

### GEDACHTEN OMTRENT CONCRETE VORMGEVING

#### § 1. De periode voorafgaand aan het jaar 1940

##### *Het wetsontwerp Aalberse*

Aan waardevolle pogingen heeft het niet ontbroken om, dikwijls ten koste van vele moeite, te streven naar een realistisch type, dat de waarborg in zich zou moeten houden voor een ontwikkeling van de gezondheidszorg langs geordende lijnen.

In het jaar 1920—1921 reeds bereikte de Tweede Kamer der Staten-Generaal een ontwerp van wet tot instelling van gezondheidsdiensten. De gezondheidsdienst, zo luidde het, heeft tot taak het onderzoek naar de staat der volksgezondheid en het uitvoeren van maatregelen ter bevordering der volksgezondheid. Iedere gezondheidsdienst zou onder leiding staan van een deskundig directeur en zou verder de beschikking krijgen over het nodige deskundige personeel en over de diensten van een laboratorium <sup>1)</sup>.

*Minister Aalberse* verduidelijkte in zijn Memorie van Toelichting de strekking van dit ontwerp: voor alle gemeenten gezondheidsdiensten in het leven roepen, de organisatie daarvan losmaken van de grenzen der gemeenten, eenheid bewerken zó, dat alle behartiging van gezondheidsbelangen in één hand komt.

De organisatie was gebaseerd op het stelsel van de warenwet; zij beoogde eveneens te komen tot een groot aantal districten met diensten, die gevestigd zouden worden in aan te wijzen centrumgemeenten. Er bestond echter één principieel verschil met de warenwet, dat nader blijkt uit de Memorie van Antwoord: „Bij de uitvoering van de warenwet wordt veel geregeld door het centrale gezag. Die wet behelst tweeërlei voorschriften. De eene soort dient om het instrument, de keuringsdienst, te scheppen; de andere soort dient om de taak van het instrument te belijnen: de keuring en haar normen. Overmits nu bij dat tweede deel eenheid in ruime mate kan en moet worden betracht ligt het ook voor de hand, dat het centraal gezag veel moet regelen. Met de gezondheids-

<sup>1)</sup> Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal 319, zitting 1920—1921. Ontwerp van wet, strekkende tot instelling van gezondheidsdiensten.

diensten is het anders gesteld. Dit ontwerp vraagt alleen het instrument, de gezondheidsdiensten, te scheppen. Bij de functionering van dat instrument kan eenheid voor het land niet voorop staan. Gezondheidszorg moet zich voegen naar de zeden en gewoonten van het volk; zij kan geleidelijk opvoeden, maar kan niet tegen de zeden en gewoonten ingaan. De gemeenten zullen zelf voorzieningen treffen. Verwaarlozing kan door Gedeputeerde Staten worden gekeerd, maar dit tast het beginsel niet aan.”<sup>1)</sup>

Dit ontwerp van wet werd niet gunstig ontvangen. Als bezwaren werden geuit, dat men de taak te vaag achtte, waardoor het een organisatie leek zonder inhoud; bovendien was men van mening dat, wat uit particulier initiatief werd gedaan, teveel was uitgeschakeld. Maar in hoofdzaak waren de bezwaren toch gericht tegen de financiële consequenties (het rijk zou naar het voorbeeld van de warenwet de helft van de kosten der diensten voor zijn rekening nemen).

In zijn Memorie van Antwoord merkte de Minister naar aanleiding hiervan op: „Het bevreemdt den ondergeteekende geenszins dat het wetsontwerp, strekkende tot instelling van gezondheidsdiensten, verre van onverdeelde instemming vond en dat bezwaren van verschillenden, maar vooral van financieelen aard, werden aangevoerd. De tijdsomstandigheden zijn er minder dan ooit naar om tot nieuwe uitgaven te besluiten, zonder dat de noodzakelijkheid daarvan vaststaat. En bij den tegenwoordigen gunstigen gezondheidstoestand ligt de vraag voor de hand, of het wel noodig is een nieuwe organisatie voor de behartiging van de volksgezondheid te scheppen.”<sup>2)</sup> Minister Aalberse beantwoordde deze vraag echter direct in positieve zin, waarbij hij vooral wees op de gevaren van de besmettelijke ziekten. „De gezondheidstoestand is gunstig”, zo betoogde hij; „het cijfer van de besmettelijke ziekten is gedaald. Maar het internationaal verkeer is beperkt. Het Oosten, vanwaar iedere zomer cholera dreigde en waar thans een overvloedige haard van besmettelijke ziekten van allerlei aard bestaat, is van verkeer afgesloten. Hoe zal het nu worden, als de Oostelijke delen van Europa weer aan het verkeer gaan deelnemen? Als de kundigheid van de epidemioloog ontbreekt zullen stukken gemaakt worden.

<sup>1)</sup> Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1921—1922, 83.1 Memorie van Antwoord.

<sup>2)</sup> Handelingen van de Tweede Kamer, t.a.p.



Evenmin zal men kunnen volstaan zonder de machtsmiddelen, die noodzakelijk zijn voor doorvoering van maatregelen." En dan vraagt hij zich af, of het gemis aan deskundige leiding niet reeds teveel aan gezondheid en geld heeft gekost <sup>1)</sup>).

De geopperde bezwaren hadden tot gevolg, dat een tweede ontwerp van wet werd ingediend <sup>2)</sup>. Principieel bestond geen verschil met het eerste, althans voorzover het de organisatie betreft. Terwille van de kosten werd de toepassing nu beperkt gezien tot bestrijding van besmettelijke ziekten; maar de opzet bleef toch om, zo spoedig de omstandigheden dit toelieten, het werkterrein uit te breiden over de gehele gezondheidszorg. Dit tweede ontwerp kwam nimmer in openbare behandeling en daarmee was het lot bezegeld van een eerste ernstige poging tot algehele organisatie van de gezondheidszorg.

Men kan zich afvragen waarom Minister Aalberse, die bij de totstandkoming van de Arbeidswet 1919 de wens uitsprak, dat dit de laatste maal zou mogen zijn dat de wetgever zou moeten optreden <sup>3)</sup>, thans zozeer de nadruk legde op de Overheid als de aangewezen instantie om de organisatie van de gezondheidszorg ter hand te nemen. In die eerste uitspraak lag toch immers de bekenning tot een moderner beginsel. Niet minder duidelijk vinden we eenzelfde uitspraak in de Memorie van Toelichting op het genoemde eerste wetsontwerp zelf: „Bij de organisatie is het voorbeeld van de warenwet gevolgd, *aanvankelijk echter stond een andere organisatie voor de geest, namelijk van afzonderlijke publiekrechtelijke eenheden met eigen bestuursorganen en geldmiddelen. Maar uit de adviezen, die over het ontwerp daarvan zijn ingewonnen bleek, dat men wel algemeen de instelling van gezondheidsdiensten begeerde, maar dat de meerderheid de voorkeur gaf aan het stelsel van de warenwet.*” <sup>4)</sup>

Zoekend naar een antwoord op de vraag, waarom de Minister afweek van zijn wens, kan men zich afvragen of dit niet moet worden gezocht in de onmacht, om het beginsel reeds tot positieve gelding te brengen; een onmacht, die duidelijk blijkt uit de woorden van de Minister.

<sup>1)</sup> Handelingen van de Tweede Kamer, t.a.p.

<sup>2)</sup> Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1921—1922, 83. Gewijzigd ontwerp van wet, strekkende tot instelling van gezondheidsdiensten.

<sup>3)</sup> Zie pag. 72.

<sup>4)</sup> Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1920—1921, 319. Memorie van Toelichting, pag. 3.

Overigens merkt Schuurmans Stekhoven op dat, indien de zich wijzigende economische conjunctuur geen beletsel voor invoering was geweest, dan toch ernstige bezwaren gebleken zouden zijn tegen de voorgestelde „uniforme, gelijktijdige en gedwongen invoering van een dergelijke organisatie”<sup>1)</sup>. Het lijkt ons moeilijk om dit achteraf nog vast te stellen, maar wel staat vast, dat de gezondheidszorg tot dan was opgebouwd uit particulier initiatief en vrijwel volledig in handen hiervan berustte; de Overheid was afzijdig gebleven.

*De kostennota Slotemaker de Bruïne*

Ondanks het mislukken van deze eerste poging en niettegenstaande het feit, dat daarna de Overheid te weinig voor de gezondheidszorg bleek over te hebben, werd het toch duidelijk dat een nieuwe periode was aangebroken; een periode, waarin een positiever optreden van de Overheid werd verwacht. Deze tendens alsook de krachtige ontwikkeling van de particuliere zelfwerkzaamheid, zouden niet zonder invloed blijven op de latere plannen, die meer eenheid wilden brengen in de organisatie.

Toen *Minister Slotemaker de Bruïne* in het jaar 1927 een kostennota indiende als vervolg op het nimmer in openbare behandeling gekomen wetsontwerp, werd al meer de nadruk gelegd op de betekenis die, bij een toekomstige organisatie, aan het particulier initiatief moest worden toegekend: „De particuliere organisatie voor de kinderhygiëne — zo werd gezegd — ontwikkelt zich gestadig en zal, indien de overheid voortgaat met steunen, binnen afzienbare tijd mede over het gehele land zijn uitgebreid. De hierdoor verkregen medewerking van particulieren in niet te schatten offers van tijd, toewijding en geld zal, indien het komt tot invoering van gezondheidsdiensten, behouden moeten blijven. Er zal dan een vorm gevonden kunnen worden om deze particuliere organisaties in verband en samenwerking te brengen met het onmisbare ambtelijke element van de gezondheidsdiensten.”

De vorm die, volgens Minister Slotemaker de Bruïne, gevonden

<sup>1)</sup> Dr W. Schuurmans Stekhoven, *De toekomstige organisatie der maatschappelijke gezondheidszorg in Nederland*. Prae-advies voor het 34ste congres voor Openbare Gezondheidsregeling te Middelburg, Juni 1929. In: *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*, 36ste jaargang. 1929, pag. 209.

<sup>2)</sup> Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1927—1928, 2. Staatsbegroting voor het dienstjaar 1928, hoofdstuk X. Brief aan de Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid, N 14.



zou moeten kunnen worden om verband te leggen tussen Overheid en particulier initiatief, zou vooreerst niet tot stand komen. Maar het vraagstuk was gesteld en het zou tot menige discussie leiden.

*Heyermans, voorstander van gemeentelijke gezondheidszorg*

Voortbouwend op de voorstellen tot instelling van districts-gezondheidsdiensten, namen het eerst de voorstanders van overheidszorg het woord.

*Heyermans* achtte de gezondheidszorg bij uitstek een taak der gemeenten <sup>1)</sup>. Het bestaan van particuliere verenigingen was echter iets, waar hij wel rekening mee wilde houden; hij stelt zelfs voor de hulp er van in te roepen „indien zij in staat zijn deze hulp goed en stelselmatig te verlenen en indien de geringe omvang van de gemeente het onmogelijk maakt zelve de voorzieningen ter hand te nemen”. Zou zo’n vereniging in een grotere gemeente bestaan en in belangrijke mate gesubsidieerd worden, dan zou de Overheid door middel van een gedelegeerde toezicht op uitgaven en handelingen moeten uitoefenen; daarmede acht hij dan ook tevens de samenwerking van particulier initiatief en overheidsbemoeiing bereikt <sup>2)</sup>.

Het was een simpele vorm van samenwerking, die Minister Slotemaker de Bruïne, naar we aannemen, wel niet zal hebben bedoeld. Hoe *Heyermans* overigens over de particuliere werkzaamheid dacht, bleek eveneens duidelijk toen hij tijdens de discussie, die op een congres voor openbare gezondheidsregeling in 1929 werd gehouden, naar voren bracht, dat hij als enig voordeel van het particulier initiatief zag het entameren van zaken, waartegen de Overheid op grond van de kosten opziet.

Een gematigd medestander vond hij in het Noordhollandse Gedeputeerde-Statelid *Michels*, die tijdens dezelfde discussie opmerkte dat het particulier initiatief op het terrein van de gezondheidszorg is begonnen met voor te gaan, aanvankelijk eigen kosten dragend, terwijl de Overheid zich afzijdig hield. Dientengevolge heeft op dit gebied het particulier initiatief nog het grootste gedeelte van het terrein in handen, maar er kleven volgens hem grote bezwaren en nadelen aan alle particulier initiatief: „het heeft neiging tot splitsing en versnippering met de daaruit voortvloeiende

<sup>1)</sup> Zie Dr L. *Heyermans*, *Gemeentelijke gezondheidszorg in Nederland*. 1929.

<sup>2)</sup> *Heyermans* t.a.p. pag. 410.



desorganisatie. Het grote probleem is: hoe moet dit verdeelde particuliere initiatief worden ingeschakeld, zodra de overheid de zaak in handen neemt." <sup>1)</sup>

Hoever was men hier verwijderd van de zich nieuw aankondigende ideeën omtrent vermenging van privaat- en publiek recht. Weve noemde het de tragiek der menselijke geschiedenis, die altijd van het ene naar het andere uiterste of althans naar iets overdrevens aan de andere zijde geslingerd wordt, waarbij alle eenzijdigheid zich steeds wreekt door de eenzijdigheid van een al te radicale omwenteling <sup>2)</sup>.

Dat de op de voorgrond geplaatste overheidszorg dan ook geleidelijk het particulier initiatief — ook waar dit niet twijfelde aan de noodzaak van groter binding en leiding — in het defensief drong, zal voor niemand vreemd klinken. Reeds op het genoemde congres bracht de kinderarts *Dr H. Koenen* in de discussie naar voren: „Wie werkt op het platteland weet hoe juist het is, om het particulier initiatief te laten voorgaan. Rijp maken op het platteland kan alleen het particulier initiatief, niet of nauwelijks de overheid. Wat opkomt uit het publiek, waar het publiek komt vragen naar verzorging, vordert men snel. Ik kan dat illustreren aan de hand van mijn ervaring op het gebied van de zuigelingenverzorging en kindergezondheidszorg ten plattelande. Het hele dorp moet meevoelen, dat het zijn werk is." <sup>3)</sup>

#### *Voorstellen Horst en Schuurmans Stekhoven*

Het opstellen van een concrete vorm, zoals door Minister Slotemaker de Bruine bedoeld, was echter moeilijk.

Een poging daartoe werd gedaan door Horst en door Schuurmans Stekhoven. De eerste legde de nadruk op de Overheid, de tweede op het particulier initiatief. Maar beiden zochten naar een tussenform, die aan de betekenis van Overheid en particulier initiatief wilde tegemoetkomen.

*Horst* bepleit de instelling van gezondheidsdiensten, echter „slechts teneinde vaste kernen aan te brengen, waarom de gezondheidszorg zich ongedwongen kan groeperen, om tot volledige

<sup>1)</sup> Zie *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*, 31ste jaargang. 1929, pag. 324 en 321.

<sup>2)</sup> Prof. Dr F. A. Weve O.P., *Vrijheid en Gebondenheid*. In: Sociaal wijsgerige opstellen. 1948, pag. 124.

<sup>3)</sup> *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*, t.a.p. pag. 327 en 328.

samenwerking te komen met de minste kosten en het grootst mogelijk nuttig effect". Als taak van deze diensten zag ook hij de volledige sociaal-hygiënische en sociaal-geneeskundige verzorging der bevolking, slechts met uitzondering van datgene, wat betrekking heeft op keuringen van waren, op vleeskeuring, op woningbouw en op sociale verzekering, behalve geneeskundige contrôle en keuring. Het land zou daartoe moeten worden verdeeld in districten; voor elk district een gezondheidsdienst met zijn zetel in de centrumgemeente. De centrumgemeente zou de ambtenaren moeten benoemen en de verordeningen, in overleg met de overige gemeenten van het district, moeten vaststellen <sup>1)</sup>).

*Schuurmans Stekhoven* gaat eveneens uit van een districtsvoorziening. Zijn plan is minder concreet, maar daardoor niet onduidelijk. Hij spreekt over noodzakelijkheid van perifere outillering; een perifeer apparaat, dat contact legt, dient en steunt. Dit apparaat zal, ten behoeve van de onpartijdigheid, een zuivere rijksdienst of provinciale dienst moeten zijn, die kan leiden, samenbinden en organiseren. Maar nimmer zal dit apparaat moeten uitvoeren — tenzij in de meest strikte noodzaak — omdat de differentiatie (de aanpassing aan plaatselijke omstandigheden) daaronder lijdt evenzeer als de stempel van het persoonlijke. De directeur, die aan het hoofd komt te staan, moet naar zijn mening aan bijzondere eisen voldoen: „Hij zal niet mogen zijn of worden de stads- of staats- of al-bediller, noch de stalknecht van de staats-, provincie- of gemeenteruif, die het particulier initiatief naar zijn pijpen laat dansen. Omgekeerd moet hij ook niet vanuit Den Haag, noch plaatselijk of gewestelijk, met handen of voeten worden gebonden. Hij moet zijn macht niet danken aan wettelijke bevoegdheden en als machtsmiddel geen beroep op inspecteur en Minister nodig hebben. Dit behoeft niet zover te gaan, dat hem elke uitvoerende taak wordt onthouden. Wel moeten uitvoerende bemoeiingen bijzaak en organiserende werkzaamheden hoofdzaak zijn. Elke sociaal-geneeskundige bemoeiing moet groeien. In dat groeiproces moet zo weinig mogelijk dwingend worden ingegrepen. Wel geldt hier: grijpt wat rijpt. Maar de nog groene vruchten moeten met rust gelaten worden.”

---

<sup>1)</sup> Dr M. D. Horst, *De toekomstige organisatie der maatschappelijke gezondheidszorg in Nederland*. Prae-advies voor het 34ste congres voor openbare gezondheidsregeling, Middelburg, 1929. Tijdschrift voor Sociale Hygiëne, 31ste jaargang. 1929, pag. 195 e.v.



Dit plan kent aan de Overheid een leidinggevende taak toe, die met veel beleid zal moeten worden gehanteerd om de bodem vruchtbaar te maken voor een krachtige ontwikkeling van het particulier initiatief, dat volgens Schuurmans Stekhoven de basis is voor een juiste behartiging van de gezondheidszorg. Maatschappelijke gezondheidszorg, zo zegt hij, is voor alles taak van particulieren, die in eerste en laatste instantie het werk moeten doen <sup>1)</sup>).

*Erkenning van de betekenis van het particulier initiatief*

De voorstanders van overheidszorg hadden hun tegenspelers gevonden en daarmee was de grondslag gelegd voor een duidelijker naar buiten treden van de zich steeds verder, op de basis der zelfwerkzaamheid, ontplooiende gezondheidszorg, hetgeen niet zonder invloed zou blijven op de toekomstige organisatievoorstellen.

Brenkman stelt in 1934 enkele hoofdlijnen en grondprincipes voor een organisatie op, die, naar hij zei, nader bestudeerd en uitgewerkt kunnen worden als de regering tot de overtuiging is gekomen „dat eindelijk leiding behoort te worden gegeven in plaats van lijdelijk te blijven toezien”. Ook hier zien we nog geen bewuste beperking in die zin, dat de voorkeur wordt gegeven aan het treffen van een regeling voor een bepaald aspect van de gezondheidszorg.

Brenkman wil de bemoeienis uitstrekken over alle geneeskundige en hygiënische werkzaamheden en wel door middel van een districtsdirecteur in overheidsdienst. Wel pleit hij voor een geleidelijke ontwikkeling en voor samenwerking met het particulier initiatief, aangezien „de gezondheidszorg wortelt in de bevolking zelve”. Een nieuw element ontmoeten we hier in een voorstel tot instelling van districtsgezondheidsraden die, samengesteld uit vertegenwoordigers van de op het gebied der gezondheidszorg uitvoerende instanties en organisaties en voorgezeten door de districtsdirecteuren, de brug moeten slaan tussen Overheid en particulier

---

<sup>1)</sup> Zie Dr W. Schuurmans Stekhoven, *De toekomstige organisatie der maatschappelijke gezondheidszorg in Nederland*. Prae-advies voor het 34ste congres voor openbare gezondheidsregeling, Middelburg 1929. *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*, 31ste jaargang, 1929, pag. 207 e.v.



initiatief, teneinde samenwerking onder deskundige leiding te waarborgen <sup>1)</sup>).

Na Brenkman ontmoeten we de mening van *Hornstra*. Uitgaande van districtsgezondheidsdiensten als een gegeven is hij van mening, dat de omstandigheden slechts een bescheiden reorganisatie mogelijk maken.

Zich beperkend tot het platteland betoogt hij: „om principiële en praktische redenen legge men de zorg voor de volksgezondheid in hoofdzaak in handen van de organen van particulier initiatief. Daarmee is voor het platteland en de kleinere steden de beweging der kruisverenigingen centraal gesteld.” Als leidinggevende organen ziet hij de provinciale kruisverenigingen, die zich ten behoeve van de deskundigheid moeten laten bijstaan door deskundige adviseurs en deskundige commissies. De Overheid kan, naar zijn mening, via deze provinciale verenigingen haar invloed doen gelden. Eveneens echter kan zij de mogelijkheid tot het geven van leiding steunen door de rijkssubsidies aan de plaatselijke verenigingen via de provinciale organisaties uit te keren <sup>2)</sup>).

En nog steeds meer wordt de betekenis van de particuliere gezondheidszorg op de voorgrond geplaatst als wilde men een schone veste, die bedreigd was, zodanig verstevigen, dat iedere aanval in de toekomst zou kunnen worden weerstaan. Maar ook de Overheid, die zich in zwijgzaamheid had teruggetrokken, zal aanleiding zijn geweest, dat men op deze wijze steeds meer haar ontoegankelijke woning ging belegeren.

*Veeger* eindigde in 1938 een rede, gehouden tijdens het Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling, met de volgende woorden: „het moge gebleken zijn, dat de stichters der kruisverenigingen aan Nederland hebben gegeven een eigen particuliere volksbeweging voor maatschappelijke gezondheidszorg en daarmee aan de gezondheidszorg een orgaan hebben geschonken van

<sup>1)</sup> Zie Dr C. J. Brenkman, *Gezondheidszorg in Nederland*. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 10e jaargang. 1934, pag. 127 e.v.

Zie verder Dr C. J. Brenkman, *Gezondheidszorg voor en door de bevolking*. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 14e jaargang. 1936, pag. 43 e.v., alsmede Dr. C. J. Brenkman en Dr M. G. Neurdenburg, *Algemeen plan tot organisatie der Gezondheidszorg*. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 19e jaargang. 1941, pag. 41 e.v.

<sup>2)</sup> R. Hornstra, *Gezondheidsvraagstukken van het platteland*. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 14e jaargang. 1936, pag. 3 en 4, alsmede pag. 49 e.v.

onschatbare waarde voor de volksgezondheid. Dat dit orgaan niet volmaakt is, zelfs gebreken toont, moge voor de maatschappij en speciaal voor de rijks-, provinciale en gemeentelijke Overheid een aansporing zijn om aan te vullen, wat aan dit orgaan ontbreekt en te bedenken, dat dit kostbaar maatschappelijk bezit niet aan uitputting dient te worden blootgesteld, doch door een behoorlijke financiële verzorging tot nog hoger en nog doelmatiger prestatie moet worden opgevoerd.”<sup>1)</sup>

De overheid erkende eveneens de betekenis en omvang der particuliere gezondheidszorg. Zo schreef de *directeur-generaal voor de volksgezondheid* in het officiële gedenkboek, dat in 1938 aan H. M. de Koningin werd aangeboden: Met het geven van een overzicht van hetgeen de Overheid gedurende de laatste vijftien jaren heeft gedaan, is allerm minst een volledig beeld gegeven van deze zorg in het algemeen. Hij noemt de belangrijke delen van het sociaal-hygiënische terrein en zegt: „Het grote werk doen hier, naast enkele grote gemeenten en de speciale verenigingen op deze gebieden, de beide kruisverenigingen.”<sup>2)</sup>

Maar tot een oplossing van het nu reeds jaren ter sprake gebrachte probleem kwam het niet. In hetzelfde jaar treffen we weer een zienswijze van *Tuntler*, die het de belangrijkste taak der preventieve geneeskunde noemt om belangstelling te wekken, kennis te kweken en zelfwerkzaamheid aan te moedigen, waarmee ook hij zich een groot voorstander van particulier initiatief toont. Hij stelt ter bereiking van de algemeen noodzakelijk geachte ordening voor: de stichting van een centraal fonds en voor iedere provincie districts-fondsen. In het centrale fonds, dat bestuurd wordt door een commissie, bestaande voor de helft uit regeringsvertegenwoordigers en voor de andere helft uit vertegenwoordigers van het particulier initiatief, worden de bedragen gestort, die door het rijk worden beschikbaar gesteld voor gezondheids- en ziekenzorg, om dan van daaruit te worden gedirigeerd. De districts-fondsen worden in stand gehouden door storting van bedragen, die provincie en gemeenten voor de gezondheidszorg beschikbaar stellen onder voorwaarde,

<sup>1)</sup> Dr L. A. Veeger, *Taak, werkwijze en organisatie van het Limburgse Groene Kruis*. In: Handelingen van het Nederlands congres voor Openbare gezondheidsregeling. 1938, pag. 46.

<sup>2)</sup> Dr C. van den Berg, *De overheidszorg voor de volksgezondheid in Nederland*. In: Officieel Gedenkboek. 1938, pag. 814.



dat alle gemeenten per inwoner evenveel betalen (althans de gemeenten binnen één district). Ook deze fondsen zouden onder beheer van een commissie moeten komen, voor de helft bestaande uit vertegenwoordigers van provinciale en gemeentelijke Overheid en uit vertegenwoordigers van het particulier initiatief voor de andere helft. De districtsfondsen worden onderworpen aan nader door het bestuur van het centrale fonds te stellen voorwaarden, terwijl het bestuur van het districtsfonds op zijn beurt toezicht uitoefent op de besteding der gelden <sup>1)</sup>. Een plan van grote betekenis, mits maar medewerking van de Overheid kan worden verkregen.

*Resultaat van de gedane voorstellen en van de gevoerde discussies*

Al deze plannen, beschouwingen, richtlijnen en persoonlijke visies hebben de tijd rijp gemaakt voor onderling begrip als onontbeerlijk uitgangspunt voor gezamenlijk overleg over de opstelling van een realistisch type, dat de waarborg voor een zo goed mogelijke behartiging van de gezondheidszorg zou moeten bieden op basis van de gegroeide ideeën en mogelijkheden hieromtrent.

Dit overleg vond dan ook plaats onder voorzitterschap van de in het begin van het jaar 1939 afgetreden geneeskundig hoofdinspecteur, R. N. M. Eykel. Er werd aan deelgenomen door vier landelijke organisaties <sup>2)</sup>, die ook zelf het initiatief hiertoe genomen hadden.

In het jaar 1939 leidde dit overleg tot aanbidding van een uitvoerig *rapport aan de Minister van Sociale Zaken* <sup>3)</sup>. Duidelijk blijkt uit dit rapport de wens om een regeling te ontwerpen, die met zo volledig mogelijk respecteren van het gegroeide en bestaande toch een bepaalde mate van eenheid zou brengen.

Men begon met, op basis van verzameld feitenmateriaal, aan te tonen dat er een groot gebrek bestond aan samenwerking tussen particuliere organisaties onderling en tussen overheidsinstellingen en particuliere organisaties, werkzaam op het gebied der gezondheidszorg. Deze conclusie wettigde de doelstelling: het zoeken naar een vormgeving, die de verschillende bemoeiingen zou coördineren.

<sup>1)</sup> Tuntler, t.a.p. pag. 550 en 551.

<sup>2)</sup> De Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst; De Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde; De Algemene Nederlandse Vereniging Het Groene Kruis; De Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis.

<sup>3)</sup> Rapport van de Commissie ter bestudering van de Organisatie der Gezondheidszorg, December 1939.



Het was een logische gedachtengang, dat deze bemoeiingen critisch werden gezien en wel vanuit het standpunt der organisatorische mogelijkheden. Zo werd het ziekenhuiswezen en het ziekenfondswezen direct buiten beschouwing gelaten; deze gebieden vertoonden, naar de mening van de commissie, zoveel eigen facetten, dat voor een wettelijke regeling daarvan afzonderlijke wetten nodig zouden zijn. Maar men ging nog verder en gaf duidelijk de onderdelen van de maatschappelijke gezondheidszorg aan, die men voorlopig in de organisatie wenste te betrekken, hetgeen de overzichtelijkheid zeer ten goede kwam. De gewenste ordening dacht men het best te kunnen bereiken door het scheppen van een middelpunt tot uitwisseling van ervaringen, geven van leiding, enz. Dit middelpunt werd zowel landelijk als gewestelijk gezien. Landelijk in een centrale raad voor de volksgezondheid en gewestelijk in districtsraden voor de provincies in de drie grootste gemeenten. Dit waren geen nieuwe uitvoerende instanties, maar enkel coördinerende en leidinggevende lichamen. De gedachten hieromtrent werden nader geconcretiseerd in een ontwerp van wet, dat als bijlage bij het rapport werd gevoegd.

Zo hadden de discussies voor 1940 geleid tot veel onderling begrip, hetgeen voor een niet onbelangrijk gedeelte zal kunnen worden toegeschreven aan een natuurlijke ontwikkeling der inzichten en activiteiten, waarbij de roep naar ordening vooral voortkwam uit het sociale leven zelf. Met diepe overtuiging en warme belangstelling was gearbeid aan een moeilijk medisch en maatschappelijk vraagstuk en de vrucht van deze arbeid was een door de particuliere organisaties in onderlinge samenwerking opgesteld concreet voorstel voor een soepel werkende organisatievorm, waarbij rekening gehouden was met de waarde van de verscheidenheid en de noodzaak en betekenis der eenheid.

De vele moeite zou zijn beloond, indien de Overheid — eventueel na enige correcties — deze uit het sociale leven voortkomende wens zou hebben kunnen en willen steunen, daarmede de grondslag leggend voor een ordelijker ontwikkeling in de toekomst. Echter maakte de in 1940 uitbrekende oorlog aan vele verwachtingen een einde.

## § 2. De periode vanaf het jaar 1940

### *Schijnbare stilstand gedurende de oorlogsjaren*

Gedurende de oorlogsjaren was het niet mogelijk om de reeds zo lang gewenste ordening enigermate te realiseren in overeenstemming met de sinds jaren gegroeide opvattingen daaromtrent. Het enige gebeuren — maar wel een gebeuren van onschatbare betekenis — was, dat de gezondheidszorg de basis waarop zij berustte, behield, hetgeen er op wijst, hoe vastgeworteld zij was in ons volk. En dit niettegenstaande de vele pogingen om het anders te doen zijn; pogingen waarop *Mol* reeds in Januari 1941 wees toen hij schreef, dat er geen behoefte bestaat om in te gaan op suggesties, die het in woord en geschrift doen voorkomen als zou de eenheid slechts bereikt kunnen worden door afbraak van het bestaande of door opruiming van wat in sommiger ogen overbodig lijkt. Suggesties die het doen voorkomen „alsof slechts een behoorlijk werk mogelijk zou worden, indien het uitging of geleid werd door de Overheid; of dat het beginsel der particuliere zelfwerkzaamheid — de grondslag van het kruiswerk — zou moeten plaats maken voor regeling en decretering van boven af, om tot een doeltreffend geheel te komen” <sup>1)</sup>.

Deze pogingen slaagden niet en zelfs werd in de provincie Noord-Brabant nog een provinciale raad voor gezondheidszorg ingesteld waarin, naast de vertegenwoordigers van de voornaamste particuliere organisaties ook vertegenwoordigers van provinciale en gemeentelijke Overheid zitting namen <sup>2)</sup>. Tot een gewenste ontplooiing kon het echter in deze jaren niet komen, hetgeen overigens niet betekent, dat in de kring van de bestaande organisaties de ideeën niet meer werden verdiept.

In 1940 werd een *rapport uitgebracht inzake de corporatieve organisatie van de gezondheidszorg* <sup>3)</sup>. Uit de titel blijkt al, dat men zich baseerde op een principieel uitgangspunt: „De fundamentele gedachten, die aan de corporatieve orde ten grondslag liggen, zijn de zelfwerkzaamheid en de persoonlijke verantwoordelijkheid enerzijds, de maatschappelijke verbondenheid anderzijds.” Deze gedachte

<sup>1)</sup> Chr. Mol: *Een concreet orderingsplan*. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 19e jaargang 1941, pag. 3.

<sup>2)</sup> Mol, t.a.p. pag. 3 e.v.

<sup>3)</sup> Concept-rapport inzake corporatieve organisatie van de gezondheidszorg. Uitgebracht aan het Hoofdbestuur van de R. K. Artsenvereniging door een door dit bestuur ingestelde studie-commissie, November 1940.



— toegepast op de organisatie van de gezondheidszorg — wordt, alvorens men overgaat tot het geven van praktische inhoud hieraan, op voortreffelijke wijze uitgewerkt. Een overzicht van de bestaande organisatie wordt ook in dit rapport niet gemist en zij leidt tot een omschrijving van het arbeidsveld, dat men aan de voorgestelde corporatie toekent: 1. vrije beroepen; 2. sociaal-hygiënische voorziening; 3. zorg in inrichtingen; 4. hulpfondsen. In deze indeling meent de commissie een bruikbaar schema te hebben gevonden voor de opbouw van de organisatie, welke haar voor ogen staat, al is zij er van overtuigd, dat het niet voor ieder onderdeel van deze zo uitgebreide materie even gemakkelijk zal zijn het in een van de vier genoemde groepen in te passen. Het rapport besluit met het geven van algemene richtlijnen omtrent bevoegdheid en taak van de corporatieve bestuursorganen.

De in dit rapport gevolgde methode vertoont veel overeenkomst met de onze, zij het dan ook, dat wij de feitelijke omstandigheden vooral bezagen vanuit de maatschappelijke gezichtshoek en in het kader van de historische sociale ontwikkeling. Stellen we daarnaast de beperkingen, die we ons oplegden, dan is het begrijpelijk dat we geraakten tot een andere indeling als grondslag voor praktische conclusies. *Een toetsing van onze benaderingswijze met die vanuit de medische gezichtshoek verdient naar onze mening aanbeveling.*

Een tweede bezinning op de organisatie van de gezondheidszorg gedurende de oorlogsjaren, vond plaats in de reeds eerder bevrijde zuidelijke provincies en wel onder auspiciën van het *Zuidelijk Medisch Contact*. Bij de hereniging van Noord en Zuid werden de resultaten van deze bezinning door Mol voorgedragen op de eerste landelijke conferentie van Medisch Contact <sup>1)</sup>. Het gevolg hiervan was de navolgende korte nota van het Centrum van het Medisch Contact, die eveneens sprak over het ziekenfondswezen, hetgeen wij echter, als zijnde een zaak van andere orde, buiten beschouwing laten: „De volksgezondheid behoort tot de allerbelangrijkste problemen van het herstel van onze volkskracht en wederopbouw van ons maatschappelijk leven. Als zoodanig verdient zij een zeer op den voorgrond staande plaats in de belangstelling der Regeering.

In medische kringen heerscht de overtuiging dat, terwijl onze

<sup>1)</sup> Chr. Mol, *Organisatieplan voor de Volksgezondheid*. In: *Mededelingenblad van het Medisch Contact*, 1e jaargang 1945, pag. 12 e.v.



volksgezondheid voor den oorlog op een zeer hoog peil stond, en de toen bestaande organisatievorm — al was er ook toen wel plaats voor verbetering en herziening — practisch aan redelijke eischen voldeed, dit thans geheel veranderd is. De zeer diepe inzinking van den gezondheidstoestand maakt weloverwogen krachtig ingrijpen over de geheele linie noodzakelijk. Het komt ons voor, dat de eerste stap hiertoe zou moeten zijn het scheppen van een afzonderlijk *Departement voor Volksgezondheid*.

Daarnaast moet worden opgemerkt, dat de uitvoering van werkzaamheden op Volksgezondheidsgebied in ons land voor een zeer groot deel geschiedde door particuliere vereenigingen, waarvan de werkzaamheid in de toekomst nog meer moet worden gestimuleerd en gecoördineerd. Voor een goeden gang van zaken lijkt ons een enge samenwerking van het Departement met de gezamenlijke uit het volk voortgekomen krachten noodzakelijk.

Het Departement zou dus den steun moeten hebben van allen, die zich practisch met maatregelen op het gebied der Volksgezondheid bezighouden, of getoond hebben een stuwkracht in deze richting uit te oefenen. Dit ware te verwezenlijken door de samenstelling van een centraal orgaan, een „*Raad voor Volksgezondheid*” (R.V.V.) waarin, naast artsen en hygiënisten, Inspectie, Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten, ook de talrijke op dit gebied werkzame instanties, o.a. Kruisvereenigingen, Federatie voor Geestelijke Volksgezondheid, ziekenhuizen en -inrichtingen en nevenberoepen, als apothekers, tandartsen, vroedvrouwen, enz. hun stem zouden kunnen doen hooren.

Een dergelijk orgaan zou moeten hebben:

1. Een uitvoerende en coördineerende taak ten opzichte van het werk, dat gedaan moet worden.
2. Een adviseerende taak ten opzichte van de door de Regeering te nemen maatregelen.

Door de samenwerking van het Departement met een goed functionneerenden Raad van volksgezondheid zal het mogelijk zijn een *nationaal gezondheidsplan* te ontwerpen en uit te voeren, dat noodzakelijk zal zijn om onze volksgezondheid zoo snel mogelijk op hooger peil te brengen.”

#### *Negering van de natuurlijke ontwikkeling*

Hoe weinigen zullen echter voorzien hebben, dat na het beëindigen van de strijd de krachten verdaan moesten worden in

welhaast eindeloze discussies omdat de grondslag, die door de feitelijke omstandigheden was geboden en die in overeenstemming was met de sinds jaren gegroeide ideeën, opzij werd geschoven.

De oorlog had ons geleerd, dat in een noodtoestand het opheffen van een bijzondere nood zo sterk kan spreken dat andere doeleinden, hoe waardevol ook, daarvoor terzijde moeten worden geschoven. Maar had de oorlog ons ook niet geleerd waartoe deze verwaarlozing of terugstelling van andere doeleinden kan leiden? <sup>1)</sup> Het scheen van niet, want, uitgaande van het eigen beperkte doel, waren velen van mening, dat dit doel slechts in het oog behoefde te worden gehouden en dat, zonder aandacht te besteden aan een in rangorde nastreven der verschillende doeleinden, dit ene doel op een zakelijk efficiënte wijze zou moeten worden bereikt.

Moeten we zo ook niet de grondslagen verstaan van het eerste na-oorlogse plan?

Dit *plan, opgesteld in opdracht van de Minister van Sociale Zaken* (1943) <sup>2)</sup> ging er immers van uit, dat alle voorstellen voor de toekomst, ofschoon ze rekening moeten houden met in het verleden opgedane ervaringen, niet mogen worden beperkt door overwegingen ten aanzien van bijzondere belangen, welke zijn ontstaan bij het verkrijgen van die ervaringen. Terwijl de oorlog grenslijnen van elke soort had weggevaagd, bood zich immers de gelegenheid om vrij en ongehinderd de ervaringen te benutten. Men achtte een revolutionnair ogenblik in de geschiedenis aangebroken en zag slechts revolutie of lapwerk <sup>3)</sup>. Lapwerk was het particulier initiatief; revolutie betekende, dat de Overheid de zaak in handen moest nemen. Deel drie van genoemd rapport, dat de gezondheidszorg behandelt, zegt dan ook dat het probleem — een probleem

---

<sup>1)</sup> Zie Prof. Dr M. J. H. Cobbenhagen, *Een centraal probleem van de sociaal-economische vernieuwing*. In: *Economie*, 10e jaargang 1945, pag. 1. e.v.

<sup>2)</sup> Sociale Zekerheid: deel I van het rapport van de Commissie, ingesteld bij beschikking van de Minister van Sociale Zaken van 26 Maart 1943. Deze commissie ontving de opdracht (pag. 5) om een oriënterend overzicht samen te stellen, zoveel mogelijk begeleid door conclusies betreffende de grondslagen en hoofdstukken van de sociale verzekering in Nederland en omtrent de richtlijnen voor de toekomstige ontwikkeling dezer verzekering en de daarmede verband houdende sociale voorzieningen, inbegrepen de genees- en de heelkundige zorg, een en ander met inachtneming van de tegenwoordige inzichten omtrent de noodzakelijkheid van het vergroten van de zekerheid van bestaan en met verwerking van de gegevens omtrent de jongste ontwikkeling van het vraagstuk in de geallieerde landen, in het bijzonder Groot-Brittannië.

<sup>3)</sup> Lord William Beveridge, *Social insurance and Allied Services*. Nederlandse vertaling van O. van der Does-Oldenbroek, 1946, pag. 20.



van medisch-organisatorische aard — niet kan worden opgelost door particulier initiatief. Er moest gestreefd worden naar eenvoud in organisatie; een eenvoud die, zo redeneerde men, niet in het wezen van het vrije initiatief is opgesloten, maar wel door de Overheid kan worden bereikt. En daarom moest de voorkeur worden gegeven aan overheidsdiensten <sup>1)</sup>).

Hoe vreemd klonk het, na de vooroorlogse ontwikkeling, die men toch kende, dat gezegd werd dat de philanthropie — en deze vereenzelvigde men, o.i. ten onrechte, met de particuliere zelfwerkzaamheid — niet in staat is om bijdragen te leveren, die voor het behoud van de volksgezondheid worden vereist; dat zij bovendien zelfs in strijd is met het belang, dat het gehele volk heeft bij het behoud van gezondheid van ieder individu <sup>2)</sup>).

#### *Achtergrond van de zich wijzigende tijdgeest*

Om ons een goed beeld te vormen van deze ideeën, die vaak tot zo weinig Nederlandse voorstellen leidden, kan men zich afvragen of niet gezien moet worden naar de achtergrond van de zich in internationale kring manifesterende geest, waarbij dan toch ook vooral niet moet worden vergeten, dat de sociale omstandigheden in vele landen zich niet leenden voor een vergelijking met Nederland.

Reeds een gedurende de oorlog verschenen volkenbondsrapport stelde als richtlijn voor de na-oorlogse economische politiek: een zo volledig mogelijk gebruik van productieve krachten, menselijke zowel als andere — hetgeen insluit een verwerkelijking van het recht van ieder mens om passende arbeid te vinden — de waarborgen voor een redelijk bestaansminimum voor alle groepen der bevolking, „sociale zekerheid” voor allen, vrijheid van beroepskeuze en tenslotte een bevordering van de internationale handelsbetrekkingen en een deel hebben van alle volkeren in de voordelen der moderne productiemethoden <sup>3)</sup>).

De doelmatigheid in het sociale streven wordt hier sterk op de voorgrond geplaatst, hetgeen we eveneens vinden in het op 22 Juli 1946 tot stand gekomen statuut van de wereldgezondheidsorganisatie, waarin gezegd wordt dat het genot van het hoogst bereikbare

<sup>1)</sup> Sociale Zekerheid, deel 3, De organisatie van de geneeskundige voorzieningen en de rehabilitatie van gebrekkigen. 1945, pag. 50 en 51.

<sup>2)</sup> Sociale Zekerheid, t.a.p. pag. 55.

<sup>3)</sup> *The transition from war to peace economy*, Report of the delegation on economic depression. Aangehaald door Dr A. Albrechts in De leer der maatschappelijk-economische organisatievormen. 1949, pag. 32.



gezondheidspeil een van de grondrechten is van elk menselijk wezen, zonder onderscheid van ras, godsdienst, politieke overtuiging, economische of maatschappelijke toestand. Hiervoor zijn de regeringen verantwoordelijk „wat alleen ten uitvoer kan worden gebracht door het treffen van doelmatige gezondheids- en maatschappelijke maatregelen” <sup>1)</sup>).

De doelstelling, ook aangeduid met „freedom from want” moest worden nagestreefd op een doelmatige wijze. En niet zelden achtte men dit alleen mogelijk door middel van een gereguleerde en geüniformeerde zorg, hetzij van overheidswege, hetzij vanwege een semi-overheidsorganisatie op monopolistische grondslag.

Men kan zich afvragen, of hier van een na-oorlogs sociaal opportunisme sprake is, waarbij men zich dikwijls niet al te duidelijk realiseerde, waar de omstandigheden ophielden en het beginsel gelding had <sup>2)</sup>. Gevoed, wellicht ook door de wens, zoals Van der Hoop dit uitdrukt, om een zeker levenspeil te waarborgen in een gestandaardiseerde maatschappij <sup>3)</sup>. Dit zou de absoluutheid, waarmee al het bijzondere opzij werd geschoven en de overschatting van een eenzijdige en beperkte inhoud van het begrip doelmatigheid kunnen verklaren. Een feit was, dat de natuurlijke ontwikkeling der ideeën moest plaats maken voor een kunstmatig van bovenaf gedirigeerd socialiseringsproces; dat uniformiteit en algemeenheid (in de zin van neutraliteit) moesten worden gesteld tegenover veelzijdigheid en bijzonderheid, welke laatste vereenzelvigd werden met eenzijdigheid en zelfs bestempeld met achterlijkheid.

Genoemd rapport (deel 3) was voor een belangrijk deel gebaseerd op het Engelse systeem. De opdracht luidde immers: „een oriënterend overzicht samenstellen met verwerking van de gegevens omtrent de jongste ontwikkeling van het vraagstuk in de geallieerde landen, in het bijzonder in Groot-Brittannië.”

In Engeland nu had *Beveridge* een veel omvattend schema ontworpen voor sociale zekerheid, waarin voor de particuliere zelfwerkzaamheid slechts een uiterst magere taak was weggelegd.

<sup>1)</sup> *Public Health Reports* (U.S.A.) van 30 Augustus 1946, Vol. 61, no. 35.

<sup>2)</sup> Dr G. W. Groeneveld, *Enige beschouwingen over de verhouding tussen overheid en bedrijfsleven in het kader van de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie*. In: *Economie*, 12e jaargang. 1947, pag. 286 en 287.

<sup>3)</sup> Dr J. v. d. Hoop, *Geestelijke Vrijheid deel I, handelend over massa, democratie en staat*. 1948, pag. 21 en 22.

Zo mager, dat hij het zelfs nodig oordeelde om te zeggen: „There is need for political invention to find new ways of fruitful co-operation between public authorities and voluntary agencies.”<sup>1)</sup>

Dit kon ook niet anders, gezien het uitgangspunt van Beveridge en zijn geestgenoten, die de ordeningsmogelijkheid van vrijheid in gebondenheid niet kenden of niet accepteerden. Het particulier initiatief zag hij als „an organization which, whether its workers are paid or unpaid, is initiated and governed by its own members without external control”<sup>2)</sup>. „A generation ago, voluntary was normally used to denote unpaid. A voluntary worker was some one, who gave unpaid service to a good cause and the group which was formed to run this cause came to be known as a voluntary organization.”<sup>3)</sup>

Deze ideeën lieten ons land niet onberoerd en de discussies doen denken aan de jaren dertig toen de reactie op het individualisme omsloeg in een ander uiterste.

*Van Dam* herinnert ons sterk aan de woorden van Heyermans als hij zegt, dat het particulier initiatief zich behoort los te maken van de gedachte, dat het de massa-problemen van de maatschappelijke zorg tot zijn taak heeft te rekenen; dat het zich dient te beperken tot gespecialiseerde onderdelen, waartegen het financieel — zij het soms met enige subsidie van de Overheid — en met het oog op de kracht waarover het beschikt, opgewassen is. De „massale verzorging” is naar zijn oordeel in het algemeen weinig geschikt voor besturen, waarvan de leden des daags gemeenlijk in het volle, zakelijk georiënteerde leven staan en hun aandacht op andere belangen dan die der maatschappelijke zorg gericht moeten houden, zodat zij het terrein daarvan toch altijd slechts bij wijze van vrijetijdsvervulling kunnen betreden<sup>4)</sup>.

Een dergelijke opinie leidt er toe, dat men de financiële steun der Overheid als maatstaf gaat zien voor ontoereikendheid van het particulier initiatief.

We zien hier het gevaar, waar Weve op wijst als hij zegt, dat de

<sup>1)</sup> Lord William Beveridge, *Voluntary action, a report on methods of social advance*. 1948, pag. 10.

<sup>2)</sup> Beveridge t.a.p. pag. 8, zie ook: *Self help and Charity*, the Economist 1948, pag. 654.

<sup>3)</sup> Beveridge t.a.p. pag. 10.

<sup>4)</sup> J. C. van Dam, *Taak en onderlinge verhouding van kerk, particulier initiatief en overheid ten aanzien van de maatschappelijke zorg*. Publicatie nr 1 van de Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werk. 1949.



autoriteit (de Overheid) eenmaal tot instituut geworden, het bewustzijn van zijn gebondenheid met de vrije maatschappij verliest; dat vergeten wordt, dat de staat toch weer een vorm van de samenwerking aller mensen is, uit dezelfde orderings- en samenwerkingsbehoefte gesproten als de vrije maatschappij <sup>1)</sup>).

*Weerstand tegen uniformiteit, maar begrip voor leiding en gebondenheid*

Geheel iets anders is, en weinigen zullen ook in de na-oorlogs-jaren daaraan getwijfeld hebben, de noodzakelijkheid van een krachtige leiding der Overheid, zowel wat betreft de opstelling der doeleinden als de nastreving daarvan.

We willen hier slechts wijzen op hetgeen Van den Brink, de huidige Minister van Economische Zaken, zei: „Ik mag mij — anno 1946 — ontslagen achten van het bewijs, dat een belangrijke mate van sociaal-economische leiding der overheid nodig blijft, willen wij uit het moeras geraken en wil een zoveel mogelijk stabiele welvaart en werkgelegenheid in de toekomst verzekerd blijven.” <sup>2)</sup>

Welke insider op het gebied der gezondheidszorg zal het hier niet mee eens zijn geweest? Maar dan ook in de geest, zoals Minister Van den Brink het nader uitwerkt: „De eis der sociaal-economische doelmatigheid is echter niet de enige, die moet worden gesteld. Het is niet alleen van belang, dat wij een nieuw Nederland opbouwen, waarin aan allen een zo groot mogelijke stoffelijke welvaart wordt gegarandeerd, het is evenzeer van belang dat wij, ook in sociaal-economisch opzicht, een maatschappij bouwen, waarin het voor de mens — gegeven alle facetten van zijn natuur — waard is te leven. Ook al zou men b.v. uit een oogpunt van sociaal-economische doelmatigheid tot de conclusie komen, dat een volkomen centraal geleide planhuishouding de voorkeur verdient, daar zij de grootst mogelijke omvang der stoffelijke welvaart garandeert, dan zou deze stoffelijke welvaart, berekend in geestelijke goederen, te duur zijn gekocht. Dan ware het uit een oogpunt van algemeen — waarlijk universeel — welzijn beter zich een verlies aan stoffelijke welvaart te getroosten tegenover de winst in geestelijk opzicht: de winst aan vrijheid, aan „speelruimte”

<sup>1)</sup> Prof. Dr F. A. Weve O.P., *Verhouding Overheid - Particulier initiatief*. 1946, pag. 3.

<sup>2)</sup> Prof. Dr J. R. M. van den Brink, *Het voorontwerp van wet op de bedrijfschappen*. Rede, gehouden op het congres der katholieke sociale organisaties te Utrecht op Dinsdag 26 Februari 1946. In: *Economie*, 10e jaargang, 1946, pag. 203.

— ik neem dit woord in de letterlijke zin — die de mens nu eenmaal, ook op sociaal-economisch gebied, niet kan ontberen. De menselijke persoonlijkheid stelt haar eisen, ook op sociaal-economisch gebied, eisen die hun begrenzing vinden niet in de louter sociaal-economische doelmatigheid, maar in het algemene — waarlijk universele — en daarom geestelijke zowel als stoffelijke goederen omvattende welzijn.”<sup>1)</sup>

Hoezeer gold dit niet voor het terrein der gezondheidszorg, waar alreeds zolang pogingen tot een ordelijke opbouw in deze richting waren aangewend.

Maar de feitelijke omstandigheden na de oorlog tonen ons het mislukken van deze pogingen. En wanneer dan nog niet gewezen kan worden op „wettelijke” maatregelen, die de zelfwerkzaamheid op dit gebied uitschakelden, dan kan toch evenmin gewezen worden op enige maatregel, die deze zelfwerkzaamheid stimuleerde op een gebied, dat herhaaldelijk genoemd werd een bij uitstek belangrijk onderdeel te zijn van de sociale zorg, die zo bij uitstek de belangstelling had van de na-oorlogse regeringen.

Niet ten onrechte schrijft Loeff nog in 1949: „Er is in de kringen van het particulier initiatief in onze dagen een krachtige beweging los gekomen, die streeft naar hergroepering van krachten, coördinatie van de bestaande initiatieven, herbezinning op eigen beginselen, zoeken naar nieuwe organisatievormen. Voor degenen, die in dit tijdsgewricht de leiding hebben van onze staatkundige gemeenschap, is dit een belangrijk moment. Veel zal er voor de toekomst van afhangen, of deze beweging zal groeien en rijpen onder hun aanmoediging en met door hen als mede-geïnteresseerden gegeven daadwerkelijke steun, dan wel of deze beweging zich zal doorzetten uit drang tot zelfbehoud tegen een streven, dat het voortbestaan en de ontwikkeling van het particulier initiatief van bovenaf bedreigt.”<sup>2)</sup>

### *Het rapport Ausems*

De pogingen om tot een concrete vormgeving te komen, bleven niet beperkt tot het reeds genoemde rapport.

In 1946 verschijnt een rapport van *Ausems* over de districtsgezondheidsorganisatie. Hij gaat uit van een onderscheiding tussen

<sup>1)</sup> Van den Brink, t.a.p. pag. 204.

<sup>2)</sup> Loeff, t.a.p. pag. 73 en 74.



curatieve en maatschappelijke gezondheidszorg. Bij de curatieve zorg ziet hij de arts-beoefenaar in het middelpunt staan, niet als collectieve groep, maar individueel. De arts-beoefenaar, zo betoogt hij, verwezenlijkt zijn doel in een persoonlijk contact als uitvloeisel van de vertrouwenspositie, die hij inneemt. Deze is gegrondvest op de hoeksteen van de curatief-medische samenleving, de vrije artskenkeuze, die tot alle prijs behouden moest blijven. Aan de individuele mens moet het recht beschoren blijven zijn meest onvervreemdbare eigendom, namelijk zijn validiteit, bij verstoring te doen herstellen op eigen wijze. Hij moet daarbij de medicus kunnen kiezen, die in zijn oog ten opzichte van deze wens de meeste garantie biedt. Maar bij de maatschappelijke gezondheidszorg ziet Ausems „het werk” in het middelpunt staan en nu niet als prestatie ten opzichte van het afzonderlijk individu, maar als een collectiviteit.

Uit onze opvatting omtrent maatschappelijke gezondheidszorg en de bij deze zorg bestaande relatie arts - patiënt <sup>1)</sup> blijkt duidelijk het verschil in uitgangspunt. Wij menen dit te moeten toeschrijven aan een in het rapport-Ausems onvoldoend gemaakte onderscheiding van dat aspect dezer zorg, dat betreft de maatregelen die toegang vereisen tot in de intimiteit van de persoon; maatregelen, die wij juist in hoofdzaak op het oog hebben.

Genoemd plan wil een districts-gezondheidsraad in het leven roepen, bestaande uit vertegenwoordigers der gemeentelijke Overheid en „deskundige” vertegenwoordigers van het particulier initiatief. Deze gezondheidsraad, het besturend orgaan, zal zijn werkzaamheden uitoefenen door middel van secties, waarin we de particuliere organisaties terugvinden, al naargelang hun doel en werkprogramma. Daarnaast krijgt deze raad de beschikking over een eigen medische dienst en bureau, onder leiding van een medisch directeur met staf. Deze dienst wordt beschouwd als een zuiver medische aangelegenheid, opgebouwd ten behoeve van een tenuitvoerlegging der medische taken. Deze dienst verenigt derhalve alle medische krachten, werkzaam op het gebied der maatschappelijke gezondheidszorg; zij worden daardoor onttrokken aan hun huidige verhouding tot de bijzondere particuliere organisaties. Als motivering van deze opvatting wordt nog eens aangegeven dat het „werk” in het middelpunt staat en het medisch handelen ten aanzien van de maatschappelijke gezondheidszorg gekenmerkt

<sup>1)</sup> Zie pag. 5.

wordt door neutraliteit (in tegenstelling met de individuele gezondheidszorg).

Waar het uitgangspunt sterk afwijkt van het onze, daar kunnen wij, gezien onze opvatting omtrent zoveel mogelijk behoud van zelfverantwoordelijkheid, evenmin volledig de conclusie onderschrijven die zegt, dat gestreefd moet worden naar een organisatievorm, die moeilijkheden van medische, sociaal-economische en financiële aard voor ieder uit de weg ruimt.

Dit alles neemt echter niet weg, dat dit plan op veel waardering aanspraak mag maken. Het werd opgesteld in een tijd waarin, in vergelijk met voorheen, grotere eisen aan de gezondheidszorg werden gesteld en waarin weer volledig opnieuw gezocht werd naar een goed geordend geheel. Ausems gaat uit van een opbouw vanuit het vrije maatschappelijk leven: een gemeentelijke coördinatie door middel van plaatselijke gezondheidscontacten zonder uitvoerende taak, een districtscoördinatie door middel van districtsgezondheidsraden, die terwille van het onontbeerlijke medisch-, economisch- en statistisch-deskundige element de beschikking krijgen over een dienst, die onder eigen deskundige leiding ter beschikking zal worden gesteld van de uitvoerende organisaties.

Hier ligt een belangrijk uitgangspunt voor nadere bestudering en gedachtenbepaling ter vaststelling van de lijnen, waarlangs een geleidelijke maar krachtige opbouw dient plaats te vinden <sup>1)</sup>.

#### *Rapport inzake reorganisatie van de volksgezondheidszorg*

Inmiddels kwam in hetzelfde jaar nog een rapport gereed inzake de reorganisatie van de volksgezondheidszorg, samengesteld door een deskundige commissie onder voorzitterschap van de geneeskundig hoofdinspecteur Dr C. Banning.

De samenstelling van deze commissie wijst er op, dat hier een waardevolle poging werd gedaan om een brug te slaan tussen voorstanders van absolute overheidszorg <sup>2)</sup> en die van het particulier initiatief. Hiervan draagt dit rapport dan ook alle kenmerken.

Dat de situatie zich ten opzichte van voor de oorlog gewijzigd had, waardoor de moeilijkheden waren toegenomen, blijkt uit de aanhef, waarin gezegd wordt, dat de volksgezondheidszorg, zoals die

<sup>1)</sup> Zie E. Ausems: *De districtsgezondheidsorganisatie*. 1946.

<sup>2)</sup> We verwijzen hier o.m. naar de publicatie van Dr H. L. Groeneveld, *Indicia Sanitatis, een onderzoek naar de kenmerken der volksgezondheid in de stad Nijmegen*. 1940.



voor de oorlog was georganiseerd en ondanks vele fouten toch nog goede resultaten opleverde, thans ten enenmale tekort schiet om het hoofd te kunnen bieden aan de veel en veel grotere eisen, die aan haar worden gesteld. De grote fout zag men gelegen in het ontbreken van contact tussen de particuliere organisaties onderling en tussen deze en de Overheid. Terwille van een grotere eenheid wordt gedacht aan een organisatie, waarvan de twee wezenskenmerken zijn: een gedecentraliseerde, districtsgewijs uitgeoefende overheidsactiviteit (onder overheid wordt hier verstaan de staats-overheid) en een volledige inschakeling van het particulier initiatief bij de uitvoering, zomede de toekenning van een belangrijke plaats bij de leiding aan die personen en organisaties, welke op het gebied van de volksgezondheid practisch werkzaam zijn.

Deze beide wezenskenmerken vormden de basis voor de in het leven te roepen districtsgezondheidsdiensten, onder leiding van een directeur en een raad (districtsraad voor de volksgezondheid). De directeur is de vertegenwoordiger van de Overheid, de raad vertegenwoordigt het particulier initiatief (in dit geval ook de gemeentelijke Overheid). Deze diensten zullen, zo wordt gezegd, „als periphere activiteitscentra grotendeels autonoom werkende, in grote lijnen krachtig worden geleid vanuit een centraal orgaan, de centrale dienst voor de volksgezondheid, waarin als vertegenwoordiger van het particulier initiatief een centrale raad voor de volksgezondheid, die op departementaal niveau de coördinerende band van het particulier initiatief met de centrale overheidsleiding in de volksgezondheidszorg zal handhaven”.

Zo komt men tot een uitvoerende en stimulerende dienst onder leiding van een directeur, te benoemen door de rijksoverheid en rechtstreeks ressorterend onder een rijksdienst, maar terwille van het vertrouwen benoemd op voorstel van de districtsraad (een element van de dienst), die nauw samenwerkt met de directeur, welke de vertrouwensman moet zijn.

De samenwerking tussen beide elementen moet nu zo worden verstaan, dat bepaalde onderdelen der gezondheidszorg worden uitgevoerd door bestaande of op te richten instanties van het particulier initiatief en gemeentelijke Overheid, onder leiding van de districtsraad, terwijl andere delen worden behartigd door de directeur. „In deze districtsgezondheidsdienst worden dus alle krachten, welke op het terrein der gezondheidszorg werken, ge-coördineerd. De directeur is verantwoordelijk voor de gezondheids-

zorg in zijn district. Dit houdt geenszins in, dat de uitvoering van de gezondheidszorg uitsluitend in handen van ambtenaren wordt gelegd en dat zo een massale overheidsdienst wordt gevormd, welke alle medisch en ander personeel in dienst heeft. Zijn taak is veel meer een stimulerende, waarbij hij ten nauwste samenwerkt met de districtsraad.”<sup>1)</sup>

Dit plan wordt in sterke mate gekarakteriseerd door een aan de ene kant niet los kunnen komen van overheidszorg en door aan de andere kant het door deze commissie gewaardeerd particulier initiatief een plaats te willen geven. Beide tracht men dan door een bepaalde — dikwijls niet zo heel eenvoudige — constructie met elkaar in verband te brengen, vooral door middel van de directeursfiguur.

De aparte positie van het deskundige element, door Ausems het eerst naar voren gebracht, vindt men hierin terug, maar organisatorisch is er een wezenlijk verschil, doordat dit plan verre staat van een harmonisch samengaan van Overheid en particuliere zelfwerkzaamheid.

\* \* \*

Hier lagen nu, naast reeds vroeger gedane voorstellen, twee belangrijke zienswijzen die, kritisch beschouwd, mede de basis kunnen vormen voor verdere bestudering en voorbereiding voor de toekomst.

Einde anno 1950 mag gehoopt worden, dat de centrale commissie voor de volksgezondheid, die deze materie ter hand genomen heeft, een oplossing zal weten te brengen, die in overeenstemming is met de inzichten die zich in ons land gedurende lange jaren hebben ontwikkeld.

De samenstelling van deze centrale commissie en de instelling van een staatssecretariaat voor de volksgezondheid *alsook het beleid van degene, die met deze functie is bekleed en het beleid van de Geneeskundige Hoofdspectie*, wettigen onzes inziens dit vertrouwen. Een vertrouwen dat we ten dele reeds beantwoord zien in de Rijksbegroting voor het jaar 1951, die de betekenis van de plaatselijke kruisverenigingen in de gegeven toelichting duidelijk benadrukt.

---

<sup>1)</sup> Rapport inzake reorganisatie van de volksgezondheidszorg. 1946.



### § 3. Eindconclusie

#### *Concrete vormgeving op basis van leidende beginselen*

Uit de voorafgaande beschouwingen moge gebleken zijn, dat de maatschappelijke strevingen op het gebied van de gezondheidszorg aanspraak maken op een concrete vormgeving, die niet berust op een min of meer toevallige samenwerking, maar die haar grondslag ontleent aan wettelijke bepalingen.

Deze strevingen kunnen niet enkel worden verklaard door de toenemende omvang der voorzieningen of door een zo vaak gebleken wantrouwen in het spontane streven van de vrije maatschappelijke groeperingen. Veeleer zien we er een uiting in van de verantwoordelijkheid die leeft in de kringen van hen, die deze maatschappelijke voorzieningen stimuleerden, leidden en hielpen in stand houden. Reeds in 1874 zei Abraham Kuyper: „Zo dikwijls in de christelijke europese maatschappij georganiseerde groepen uit het volksleven tot zekere macht kwamen, heeft elke groep op haar beurt begrepen, dat zij een eigenaardig leven had ontvangen met een eigen kracht en een eigen karakter en eigen signatuur en eigen cachet en dat dit leven, om aan zijn eigenaardige roeping te beantwoorden, ook bijzondere wetten nodig had zou het gezond blijven en dus opgewassen zijn tegen de taak, die het in de maatschappij te vervullen had”<sup>1)</sup>.

Sindsdien zijn, met de maatschappelijke ontwikkeling, de ideeën geëvolueerd en hebben ze ons de weg gewezen en de mogelijkheden geboden om een aan de omstandigheden aangepaste concrete inhoud aan dit streven te geven. Maar een concrete inhoud op basis van altijd geldende leidende beginselen, die moeten voorkomen dat de levensinhoud wordt aangetast: „Waar deze levensinhoud niet meer wordt beschermd door eerbiedig in acht genomen vormen, dreigt hij zelf in een vorm te ontaarden, een lege vorm in dit geval, omdat er geen inhoud meer in zit.”<sup>2)</sup>

Uitgaande van leidende beginselen, trachtten we ons open te stellen voor de meer concrete sociale werkelijkheid en daarbij kwamen we tot de mening, dat de maatschappelijke gezondheidszorg — organisatorisch gezien — een van de overige gebieden der gezondheidszorg onderscheiden aandacht verdient.

<sup>1)</sup> Geciteerd door Prof. Mr W. F. de Gaay Fortman, *De sociaal-economische raad in het wetsontwerp op de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie*. Verslagboek van de economische en sociale studiedagen te Tilburg. 1948, pag. 8.

<sup>2)</sup> Prof. Dr F. J. M. van der Ven, *Sociaal Recht*. 1949, pag. 20.

Maar een nadere beschouwing van deze sociale werkelijkheid in haar historisch verband, voerde ons eveneens tot een onderscheiding van de maatschappelijke gezondheidszorg in verschillende aspecten.

Onze aandacht concentreerde zich in hoofdzaak op de maatschappelijke gezondheidszorg in haar aspect van de voorzieningen die doordringen tot in de intimiteit van de persoon en het gezin. En het is voor deze voorzieningen, dat wij een concrete vormgeving zoeken, die aan de wens tot groter eenheid tegemoet komt, maar die tevens een waarborg vormt voor de bescherming en de ontplooiing van de menselijke persoonlijkheid.

Men kan zich afvragen, of het niet noodzakelijk is om toch op z'n minst de maatschappelijke gezondheidszorg in haar geheel te betrekken bij het opstellen van een concrete vormgeving. We hebben deze vraag reeds aan het begin gesteld en willen zeker niet het belang van een goed onderling verband onderschatten; evenzeer achten we de betekenis groot van een verband met het maatschappelijk werk.

Maar we vragen ons toch af, of de voordelen van een geleidelijke ontwikkeling — al blijven dan ook nog vele vragen onbeantwoord — niet groter zijn. De reeds jarenlange discussie en de vele nieuwe problemen die de nog snelle ontwikkeling steeds biedt, pleiten onzes inziens voor een beperking, die rekening houdt met — naar het beroemde woord van Confucius — het kennen van het gebod van tijd en plaats.

Met deze beperking voor ogen zoeken we naar een vormgeving die, uitgaande van een eerbiediging van de rijkdom der veelheid, de afzonderlijke plannen combineert in steeds meer omvattende en hoger gelegen plannen, opdat aldus de rijke verscheidenheid kan worden gegeven aan het uit deze veelvormigheid groeiende totale plan waarin de eenheid tot uitdrukking komt <sup>1)</sup>.

#### *Perifere samenwerking*

Plaatselijk zijn het voornamelijk de kruisorganisaties van verschillende kleur en de gemeentelijke Overheden, die — een in omvang wisselende — taak hebben op het gebied van de uitvoering. Wanneer we nu streven naar een samenwerking, menen we het eerst te moeten zien naar een samenwerking daar, waar in

---

<sup>1)</sup> Zie pag. 41.



eerste en in laatste instantie het werk gebeurt. Ausems legt hier terecht de nadruk op door te spreken van plaatselijke gezondheidscontacten, die beogen het overleg op plaatselijk niveau te doen plaatsvinden. Men kan zich echter afvragen of, gezien de praktische situatie, de mogelijkheid niet moet worden overwogen, om dit overleg niet steeds te binden aan gemeentegrenzen.

In de provincie Noord-Brabant dacht men in deze richting en kwam daarbij tot de onzes inziens zeer aantrekkelijke figuur van een kringorganisatie voor de volksgezondheid <sup>1)</sup>. Men schiep deze figuur omdat het praktisch uitgesloten werd geacht om in iedere kleine gemeente een zodanig gezondheidsapparaat te scheppen dat het, ook bij volledige samenwerking van alle betrokken instanties, in staat zou zijn de steeds groeiende betekenis van de gezondheidszorg tot haar recht te doen komen. Onder een kring verstond men hetzij een stad van ongeveer 50.000 of meer zielen, hetzij een aantal gemeenten met gezamenlijk een gelijk aantal zielen. Deze kringen zouden moeten zijn centra van geregeld overleg tussen de betrokken gemeenten en de erkende particuliere organisaties en instellingen.

De nadruk komt hier derhalve te liggen op het *overleg* en we willen dit — naast de leidinggevende taak, waar we nog over zullen spreken — voorlopig primair stellen. Wanneer deze samenwerking zou beogen om ook maar in enig opzicht uitvoerende werkzaamheden ter hand te gaan nemen, dan verdwijnt het zuivere karakter van overleg tussen vrije uitvoerende organisaties. Waar in de praktijk deze vormen gekozen worden ter uitvoering van bepaalde taken, betekenen ze eigenlijk niet veel meer dan dat er nieuwe uitvoerende instanties zijn geschapen naast — zij het dan ook met medewerking van — de andere.

Inmiddels blijkt het belang dat men aan een perifere samenwerking hecht eveneens uit de wet voorschriften met betrekking tot gemeenschappelijke regelingen <sup>2)</sup>.

Deze wet ontstond uit de wenselijkheid om wettelijke voorzieningen te treffen inzake gemeenschappelijke regelingen tussen bepaalde openbare lichamen onderling en tussen die lichamen en andere personen. Men kan zich afvragen, wat bedoeld wordt met „het

<sup>1)</sup> H. P. Matthee, *Kringorganisatie voor de volksgezondheid*, In: *Katholieke Gezondheidszorg*. 1949, pag. 249 e.v.

<sup>2)</sup> Wet van 1 April 1950, *Staatsblad K* 120.

treffen van voorzieningen". Artikel 1 van deze wet spreekt over „bepaalde belangen dier gemeenten". Het behoeft geen verduidelijking dat het overleg op het gebied van de gezondheidszorg wel degelijk een belang der gemeente is te noemen. In deze gedachte zou het dan ook denkbaar zijn om op basis van deze wettelijke mogelijkheid de samenwerking te bevorderen door het instellen van wettelijke organen. Toch rijzen hier vele moeilijkheden, waaraan niet voorbij mag worden gezien en wel vooral, omdat bij de behandeling van het betreffende wetsontwerp zo kwistig het voorbeeld van de gezondheidszorg werd genoemd, hetgeen ertoe zou kunnen leiden om zonder meer, op basis van de wet, gezamenlijk uitvoerende organen voor een of meer delen der maatschappelijke gezondheidszorg in het leven te gaan roepen.

Met het oog hierop menen we aandacht aan deze wet te moeten schenken. Langs wettelijke weg wordt hier immers een bepaalde vorm voor perifere samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg gesuggereerd. Dit doet vreemd aan nu de gedachten in dezen nog evolueren en terwijl de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid, als het officiële orgaan, moeizaam zoekt naar het scheppen van een wettelijk kader als bedding voor ontwikkeling van deze zorg.

Nu deze wet echter een feit is, vragen we ons af of zij een mogelijkheid biedt ter oplossing van het hier besproken vraagstuk.

Om de *mogelijkheden* te kunnen beoordelen, rijst voor ons in de eerste plaats de vraag waarop de klemtoon komt te liggen als men spreekt van een belang der gemeenten. Vervolgens rijst de vraag of het feit dat de gemeenten hier onderling hun eigen regelingen kunnen treffen, niet betekent dat daardoor gebroken wordt met de, uit de historie blijkende, duidelijke lijn volgens welke de gezondheidszorg zich heeft ontwikkeld.

Dat de gemeenten belang hebben bij een doelmatige gezondheidszorg, lijkt ons niet voor betwisting vatbaar. Wij zijn echter vrij uitvoerig ingegaan op de betekenis van deze doelmatigheid, hetgeen ons tot de overtuiging voerde, dat deze niet enkel, en ook niet primair, van technische en organisatorische aard is. We kwamen tot de conclusie dat ook de doelmatigheid het meest gediend is met een behartiging op particuliere grondslag volgens levensbeschouwelijke overtuiging. Nu lijkt het ons overeenkomstig deze opvatting wanneer de gemeentelijke overheid een behartiging op



deze grondslag zoveel als in haar vermogen ligt bevordert. Dan wordt het belang dat de gemeente heeft bij een doelmatige gezondheidszorg het best gediend. Of hiervoor nu een vorm van samenwerking op basis van deze wet nodig is, betwijfelen we. Iets anders is het wanneer het betreft de technische gezondheidszorg (de zorg voor de natuurlijke omgeving), waarvan we hier echter hebben geabstraheerd.

Het belang dat de gemeentelijke overheid heeft bij de gezondheidszorg vraagt echter ongetwijfeld om contact met de organisaties die werkzaam zijn op dit terrein. Uiteindelijk immers is sprake van een gemeenschappelijk belang, dat ook door de gemeentelijke overheid moet worden gediend vooral, zoals we betoogden, door het bevorderen van een behartiging op de juiste grondslag. Maar ook voor dit contact, op zich van grote betekenis voor onderling begrip en samenwerking en daardoor ter bevordering van meerdere krachtopsplooiing, achten we de genoemde gemeenschappelijke regeling geen aanvaardbare figuur. De gezondheidszorg die, zoals gebleken is, zich reeds volgens bepaalde lijnen ontwikkeld heeft, is niet gediend met afzonderlijke regelingen die voortvloeien uit de afzonderlijke inzichten van gemeentelijke overheden en plaatselijke organisaties, en evenmin mag zij afhankelijk worden gesteld van de al of niet welwillendheid van deze. Dit geldt ook voor de verordenende bevoegdheid die aan een dergelijk samenwerkingsorgaan kan worden verleend. Wij zijn overtuigd dat door deze afzonderlijke regelingen een stap terug zou worden gezet doordat gebroken zou worden met een sinds jaren zorgvuldig ontwikkelde opbouw. Doorbreking van deze lijn zou kunnen leiden tot een grote mate van onoverzichtelijkheid die zeker niet in het belang is van een gezondheidszorg, die niet perifeer, maar communaal, provinciaal en landelijk wordt gezien en moet blijven worden gezien.

Hier zijn we genaderd tot de tweede vraag met name of het feit dat de gemeenten met hun uiteenlopende opvattingen, hier onderling hun eigen regelingen treffen, niet betekent dat gebroken wordt met de totdusver ontwikkelde opbouw. We kunnen niet zien hoe de meest verschillende organen die op basis van deze regeling eventueel in het leven worden geroepen, zich laten invoegen in de bestaande en de te scheppen organen van hogere orde; hoe zij kunnen worden ingepast in het provinciale en landelijke kader dat op dit gebied van grote betekenis is. Men kan hier toch maar

niet doen alsof er niets bestond en nu vanuit de gemeenten en op initiatief van de gemeentelijke overheid iets moet worden opgebouwd. Ongetwijfeld zou een dergelijke wijze van handelen in strijd zijn met het belang van de gezondheidszorg, hetgeen toch nimmer de bedoeling van de wetgever kan zijn. Wanneer de Memorie van Toelichting op genoemde wet dan ook zegt: „Deze figuur kan ertoe bijdragen om op gebieden, waar een belangrijk particulier initiatief is gegroeid, doch (meer) zeggenschap van de Overheid nodig is, een vorm van samenwerking te vinden, waarin het particulier initiatief tot zijn volle recht komt en tevens zijn taak naar behoren kan vervullen”, dan kan onmogelijk dat particulier initiatief los worden gezien van het provinciaal en landelijk kader, dat het zelf schiep.

Het is dan ook volkomen onbegrijpelijk, dat de Memorie van Toelichting het voorbeeld van de kruisverenigingen in een adem noemt met zaken die volledig in de lokale overheidssfeer liggen. Wij menen hier te mogen opmerken, dat de gemeentebesturen zich tot dusver niet bezig hielden met het probleem van samenwerking op provinciaal niveau en dat zij evenmin de historie van een dergelijke samenwerking op dit gebied kennen. Zonder twijfel kan worden gezegd, dat de particuliere zelfwerkzaamheid op het gebied van de ordening der gezondheidszorg, de gemeentelijke overheid ver voor is. Overigens begrijpelijk omdat de historie ons leert, dat deze zorg steeds bij uitstek een taak der particuliere zelfwerkzaamheid was.

Dat we de mogelijkheden van de gemeenschappelijke regeling op basis van genoemde wet, verwerpelijk achten, behoeft thans wel niet nader meer te worden verduidelijkt. We gingen nog slechts uit van de mogelijkheid om van deze regelingen gebruik te maken als platform voor overleg, zonder dat door de nieuw te scheppen organen het uitvoerende terrein der zelfwerkzaamheid zou worden betreden. Het overleg dat stimulerend zou moeten werken met inachtnaam van de grondslag waarop deze zorg berust. Het overleg dat bovendien over een zekere mate van gezag zou beschikken teneinde de daaruit voortvloeiende gezichtspunten en wensen te kunnen realiseren. Daarmee moge het echter ook duidelijk zijn, dat we het op basis van deze wet in het leven roepen van uitvoerende organen ter behartiging van het hier ter sprake zijnde aspect van de maatschappelijke gezondheidszorg, of bepaalde delen



daarvan, eveneens volledig onaanvaardbaar achten. (Ter verduidelijking moge hier worden opgemerkt, dat we onder uitvoering verstaan het in stand houden van diensten en het aanstellen van personen die het werk moeten verrichten, zoals dit ook in het spraakgebruik als uitvoerende werkzaamheid wordt gezien.)

Het betrekken van particuliere organisaties bij deze uitvoering en het verlenen van publiekrechtelijke bevoegdheid aan de in te stellen organen, is misleidend. De orderingsgedachte is daarmee allerm minst gerealiseerd. Integendeel zullen monopolistische organisaties ontstaan, die in feite — en zeker uiteindelijk — niet minder betekenen dan het overhevelen van de particuliere zelfwerkzaamheid naar neutrale overheidszorg. Bovendien met verlies van de onderlinge gebondenheid in hoger gelegen, speciaal op dit gebied werkzame, organen. Een vergelijking met de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie gaat volkomen mank, aangezien deze laatste in geen opzicht het bestaan van de vrije organisatie aantast.

#### *Noodzaak van een algemeen wettelijke regeling*

De volledige verwerping van de mogelijkheden van de wet voorschriften met betrekking tot gemeenschappelijke regelingen, voor de ordening van de gezondheidszorg, betekent inmiddels niet dat we het, door zovelen naar voren gebrachte, nut ontkennen van spelregels voor perifere samenwerking. We zijn integendeel ervan overtuigd, dat ze binnen het kader van de geordende gezondheidszorg onmisbaar zijn.

Maar het kader dient als geheel te worden bepaald teneinde dan geleidelijk van onderaf te kunnen worden opgevuld, opdat uiteindelijk een orderingsgeheel ontstaat waarin de plaatselijke activiteiten zich volledig en op principiële grondslag kunnen ontplooiën, overeenkomstig de door de feitelijke omstandigheden geboden situatie.

Een wet, die deze materie regelt en die een geleidelijke ontwikkeling binnen een bepaalde bedding mogelijk maakt, achten we nodig om te voorkomen dat op dit gebied talrijke voorzieningen het totaalbeeld vertroebelen. Eveneens achten we een dergelijke wet noodzakelijk om aan de particuliere organisaties die plaats en dat gezag en die rechten te geven waarop ze aanspraak kunnen maken en welke ze behoeven om zich krachtig en volgens princi-

pieel inzicht te kunnen ontwikkelen. Dan zal de gezondheidszorg die plaats in ons sociale recht worden gegeven, waarnaar reeds zolang wordt uitgezien. Dan zal ook kunnen worden voldaan aan de fundamentele voorwaarde ener ordening, die met behoud der verscheidenheid eenheid moet brengen, door het particulier initiatief te verenigen met de ordenende werkzaamheid van de gemeenschap. Deze wet dient derhalve het landelijk, provinciaal en perifeer kader te scheppen, maar niet los van elkaar doch als delen van een algehele opbouw.

Voor deze wet zal, zelfs wanneer men zich wil beperken tot de maatschappelijke gezondheidszorg, nog de moeilijkheid gelden welke harer eedergenoemde aspecten men wil regelen. De situatie ten aanzien van de verschillende aspecten is anders en de vraag rijst of de toekomstige gezondheidswetgeving niet zal moeten bestaan uit onderscheiden regelingen ook voor het gebied van de maatschappelijke gezondheidszorg. Wij menen deze vraag in positieve zin te moeten beantwoorden, op grond van de onderscheiding waartoe we kwamen. Daarover zal het laatste woord wel niet zijn gesproken en vooral van sociaal-medische zijde zal een critische beoordeling noodzakelijk zijn.

Voor het door ons beoogde aspect achten wij het in het leven roepen van nieuwe, met gezag beklede, organen noodzakelijk. Deze noodzakelijkheid moge eveneens blijken uit de beschouwing die we wijdden aan de diverse plannen tot ordening van de gezondheidszorg. In het algemeen kan ten aanzien van deze organen worden gezegd, dat daarin de noodzakelijke samenwerking van de verscheidene activiteiten zowel van Overheid als particulier initiatief, vaste vorm moeten krijgen. In dit verband spreekt het rapport van het centrum voor staatkundige vorming duidelijke taal: „De positie van deze organen, evenals de positie van de particuliere instellingen in die organen, moet dan ook juist gesteld worden. De Overheid heeft reeds haar eigen apparaat. Een goed inzicht in de maatschappelijke ontwikkeling vraagt daarnaast de bundeling van de maatschappelijke krachten vorm te geven. Dan wordt een goed samenspel mogelijk, waarbij de verantwoordelijkheid van de Overheid voor het algemeen belang volledig tot haar recht kan komen. Als de vernieuwing, die nodig is, kunnen wij niet zien de instelling van raden, waarop het stempel van de Overheid zo sterk gedrukt is, dat zij eigenlijk verlengstukken van het overheidsapparaat zouden zijn. Wanneer het algemeen welzijn zekere



beperkingen in de vrijheid van particuliere instellingen nodig maakt, dan achten wij de aangewezen weg, dat het aanbrengen van die beperkingen in eerste instantie wordt toevertrouwd aan organen, die de bedoelde instellingen als eigen organen kunnen beschouwen. Dat zullen zij echter niet kunnen wanneer de samenstelling aan het inzicht van de Overheid is overgelaten.”<sup>1)</sup>

De *bevoegdheden* van deze organen vragen speciale aandacht. Voorop zij gesteld, dat ook deze niet voor de verschillende organen los van elkaar mogen worden gezien en tevens dat dit een zaak is die niet ineens kan worden geregeld. Hier wordt een nieuw terrein betreden, dat rustig moet worden verkend om de daarvoor vereiste geestesgesteltenis geleidelijk te doen uitgroeien. Hoewel het hier een zaak betreft van andere orde, menen we dat hetgeen in de Memorie van Toelichting op het Wetsontwerp op de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie wordt gezegd over deze materie, eveneens van toepassing kan zijn op de organisatie van de gezondheidszorg: „Naarmate de ontwikkeling voortschrijdt, zal een helderder inzicht worden verkregen in de taken, die, gegeven de dan geldende omstandigheden, met succes aan deze lichamen kunnen worden opgedragen. Het komt daarom gewenst voor de opsomming der onderwerpen uitsluitend in de instellingswetten op te nemen. Op deze wijze wordt ook beter tot uitdrukking gebracht, dat het in de bedoeling van de ondergetekenden ligt de samenstelling, werkwijze en taakopdracht dezer lichamen — waarvoor het onderhavige ontwerp van wet de vereiste ruimte laat — van geval tot geval aan de omstandigheden te toetsen.

In het belang van de opbouw van een krachtig en voor zijn taak berekend stelsel van publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie komt het de ondergetekenden gewenst voor, dat in het algemeen bij de instellingswetten aanvankelijk betrekkelijk weinig bevoegdheden worden verleend. Deze lichamen zullen immers in de aanvang veelal met zeer grote moeilijkheden hebben te kampen, daar zij niet slechts volkomen nieuw terrein betreden, maar bovendien de vereiste geestesgesteltenis, bevorderd door een succesvolle samenwerking, onder de in deze lichamen verenigde bedrijfsgenoten verder zal moeten uitgroeien. Zou men bij het verlenen van de taakopdracht op een te voortvarende wijze te werk gaan, dan zou

<sup>1)</sup> Grondslagen voor een wettelijke regeling van de Gezondheidszorg, rapport uitgebracht door het Centrum voor Staatkundige Vorming, Augustus 1950, pag. 26 en 27.

stellig een gedurende korte tijd boeiend schijnsucces worden behaald, doch aan de zo belangrijke zaak der publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie zou naar de overtuiging van de ondergetekenden een zeer slechte dienst worden bewezen. Om deze reden zal naar de mening van de ondergetekenden aan de hand van de in de praktijk blijkende behoeften en door wijziging en aanvulling der instellingswetten aan de reeds verleende bevoegdheden uitbreiding moeten worden gegeven.”<sup>1)</sup>

Een dergelijke voorzichtige verlening van bevoegdheden — eerst aan het hoogste orgaan, vervolgens aan de provinciale organen en in de toekomst mogelijk aan de perifere organen — willen we zeker voorstaan op het gebied van de gezondheidszorg.

*Landelijk* zal dan een toporgaan in het leven geroepen moeten worden, samengesteld uit afgevaardigden, benoemd door of althans op voordracht van erkende particuliere organisaties. Terwijl de band met het overheidsapparaat kan worden gelegd door de aanwezigheid van vertegenwoordigers van het ambtelijk apparaat der Overheid<sup>2)</sup>. De samenstelling en de werkwijze van dit landelijk orgaan zullen zodanig moeten zijn dat de organen van lagere orde en de organen van het particulier initiatief, met vertrouwen een krachtige en principiële leiding ervan kunnen aanvaarden ook zonder dat gebruik moet worden gemaakt van machtsmiddelen of subsidiedwang.

Een belangrijke vraag is welke werkzaamheden tot het terrein van dit orgaan zullen behoren (een vraag die eveneens geldt voor de provinciale en perifere organen). We hebben de wens uitgesproken voor beperking tot het genoemde aspect van de maatschappelijke gezondheidszorg. Een doorvoering van deze gedachte houdt in, dat tevens nog ten behoeve van de andere aspecten, organen zullen moeten worden gecreëerd, terwijl de onderlinge band tussen deze organen dan een volgend punt is voor nadere bestudering. Naar onze mening zal, wanneer besloten wordt tot instelling van onderscheiden organen, het organisatorische vraagstuk eenvoudiger komen te liggen. Een Centrale Raad voor de Volksgezondheid zou dan uiteindelijk de verbinding kunnen vormen tussen de onderscheiden organen die toch altijd een deel

<sup>1)</sup> Geciteerd door A. H. M. Albregts, *De bevoegdheden der bedrijfs- en productschappen in het wetsontwerp op de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie*. Verslagboek der economische en sociale studiedagen. Tilburg, 1948, pag. 39.

<sup>2)</sup> Zie rapport Centrum Staatskundige Vorming, t.a.p., pag. 35 e.v.



vormen van het gemeenschappelijke terrein der gezondheidszorg. Bovendien zou deze centrale Raad de laatste brug kunnen vormen met de Centrale Overheid, die wellicht nog eens ooit de belangen der gezondheidszorg zal doen behartigen in een Departement voor de Volksgezondheid.

Het instellen van onderscheiden organen heeft naar onze mening bovendien het voordeel, dat gemakkelijker de verbindingslijnen kunnen worden gelegd met de van de gezondheidszorg onderscheiden voorzieningen waarvan we het maatschappelijk werk als voorbeeld noemden in ons hoofdstuk: probleemstelling en begripsbepaling. Genoemd hoofdstuk eindigden we echter ook met de opmerking, dat het ons doel slechts is en ook slechts kan zijn om een bijdrage te verlenen tot ordening van de nog zozeer in evolutie zijnde sociale voorzieningen. Met het oog hierop menen we thans dan ook met deze algemene beschouwing te moeten volstaan.

*Provinciaal* zijn het de plaatselijke kruisverenigingen die samenwerken in provinciaal verband. De op deze wijze ontstane provinciale organisaties zijn belast met de uitvoering van afzonderlijke diensten voor allerlei onderdelen als kinderhygiëne, kraamzorg, geestelijke volksgezondheidszorg, gebrekkigenzorg, enz. Bovendien worden de deskundigen, werkzaam in deze diensten, door de provinciale organisaties benoemd. Het onderling contact tussen deze instanties wordt in provinciale commissies of in een provinciale raad tot stand gebracht. Eveneens wordt het contact met de provinciale en gemeentelijke overheid in dit verband opgenomen, terwijl ook met de geneeskundig inspecteur van de volksgezondheid het contact in hoofdzaak provinciaal gevonden wordt.

We zien derhalve, dat op deze wijze de ontwikkeling geleid heeft tot bepaalde vormen van provinciale samenwerking, in verschillende provincies zelfs reeds tot een provinciale raad als centraal punt, waarin de betrokken particuliere en overheidsinstanties zijn verenigd. Aan de behoefte tot meerdere coördinatie wordt hier derhalve reeds ten dele voldaan, zij het dan ook dat deze provinciale raden van node hebben dat zij — wellicht met enige correctie — officieel worden erkend en dat zij hun plaats krijgen in het te vormen wettelijk kader voor de gezondheidszorg. Ook ten aanzien van deze organen dienen werkzaamheid en bevoegdheden in het algemene kader te worden gezien. Het zullen aan het landelijk orgaan gesubordineerde instituten moeten zijn, waarbinnen zich echter de maatschappelijke krachten eveneens ten

volle moeten kunnen ontwikkelen. Met het oog op de onderscheiden behartiging van de diverse aspecten van de gezondheidszorg, waarover we reeds spraken, rijst de vraag of de op provinciaal niveau gebruikelijke naam: Provinciale Raad voor de Gezondheidszorg, niet een te omvattende aanduiding is.

Waar op provinciaal niveau belangrijke diensten bestaan ter uitvoering van werkzaamheden, moet aan het element der deskundige leiding speciale aandacht worden geschonken, hetgeen we nog nader zullen doen.

*Perifeer* achten we, zoals gezegd, eveneens de instelling van organen noodzakelijk. Met het oog op het somtijds aanwezige verlangen om, volledig los van de geordende gezondheidszorg als geheel, eigen voorzieningen te treffen, menen we te moeten voorstaan dat in de te verwachten wetgeving aan deze materie aandacht wordt geschonken en dat de mogelijkheid wordt geopend om geleidelijk tot instelling van deze organen over te gaan. Men diene zich daarbij echter te hoeden voor al te snel handelen, opdat niet terwille van een gedurende korte tijd boeiend schijnresultaat aan de zo belangrijke zaak als de ordening van de gezondheidszorg als geheel is, afbreuk wordt gedaan.<sup>1)</sup> Uit welhaast alle rapporten blijkt, dat men de perifere organisatie wel van grote betekenis acht, maar dat men er organisatorisch nog niet aan toe is, zolang de moeilijkheden op hoger gelegen niveau nog niet tot een oplossing zijn gekomen. Een te waarden mate van zelfbeheersing is hier dan ook gewenst, zelfs in een tijd van sociale hoogconjunctuur. Temeer daar op perifeer niveau nog vele andere mogelijkheden liggen om een betere behartiging van de gezondheidszorg te bevorderen.

Wanneer de provinciale organisatie een feit zal zijn, lijkt het ons gewenst om van daaruit leiding te geven bij het instellen van perifere organen. Onder gebruikmaking van wettelijke mogelijkheden zal dan de vorm moeten worden geschapen, waaraan door de plaatselijke activiteiten nadere inhoud zal kunnen worden gegeven.

### *Deskundige leiding*

Na de organisatorische coördinatie, waarover we tot dusver voornamelijk spraken, vraagt — blijkens de nadruk, die daarop in welhaast alle rapporten werd gelegd — de deskundige leiding speciale aandacht. De coördinatie zal, wil zij aan haar opzet beantwoorden, dan ook niet enkel mogen worden gezien in de sfeer van het

<sup>1)</sup> Zie pag. 126 en 127



overleg en de daarmee samenhangende of daaruit voortvloeiende administratieve en organisatorische maatregelen.

Maar we kunnen niet zien naar deze coördinatie alléén en daarvan alles verwachten; het is toch immers zo, dat gecoördineerd wordt of althans moet worden tussen zelfstandig werkende groeperingen, die in eerste instantie de verantwoordelijkheid voor haar werkzaamheden dragen en daaraan, binnen haar eigen verband, leiding moeten geven en moeten kunnen geven.

Dat deze zelfstandige groeperingen haar verantwoordelijkheid begrepen, is gebleken uit de grote mate van zelfordening, die leidde tot de opbouw van zo krachtig mogelijke provinciale verenigingen. Van hieruit wordt leiding gegeven, voorzover de middelen dit toelaten.

Mol wijst duidelijk op de noodzaak hiervan, maar uit zijn woorden verstaan we ook, dat de mogelijkheden zijn begrensd door financiële onmacht: „Er is geen twijfel aan, dat het enorme uitvoerende apparaat de bestuursinstanties over het hoofd groeit en het is dan ook begrijpelijk, dat deze zich reeds lang rekenschap aan het geven zijn van de wijze, waarop zij haar verantwoordelijkheid ten deze kunnen blijven dragen. Wel is de ervaring gelukkig zodanig, dat de medische ethiek en de gedragsleer der verpleegsters stevige fundamenten zijn voor een toegewijde plichtsvervulling op basis van de instructies” en dan vervolgt hij: „Weliswaar zijn er rapporten en verslagen, maar er moet leiding zijn, technisch toezicht en contrôle, wil een zo groot apparaat op de duur feilloos en efficiënt werken; functies, die uiteraard niet tot de bestuurlijke taak behoren, al eist een verantwoorde vervulling van de bestuurstaaak wel degelijk zeggenschap daarin.” <sup>1)</sup>

Niettemin zal toch ook weer niet kunnen worden gezegd, dat door de provinciale verenigingen niet alles gedaan werd wat mogelijk was, ondanks het feit, dat de rijksoverheid zich middels haar subsidiestelsel rechtstreeks richtte tot de plaatselijke verenigingen en ondanks het feit, dat geen enkele financiële steun aan de provinciale verenigingen werd gegeven ten behoeve van het naar wens uitoefenen van hun leidinggevende taak. Men kan niet voorbijzien aan het grote aantal deskundige medici, die zich altijd hebben beschikbaar gesteld en zich nog altijd beschikbaar stellen voor bestuursfuncties, het grote aantal medici, dat een actief aan-

<sup>1)</sup> Chr. Mol, *De toekomst van het Wit-Gele Kruis*. In: 25 jaar Katholieke Gezondheidszorg. 1948, pag. 38 en 39.

deel heeft in de deskundige adviescommissies, de omvangrijke staf van medici, die in het kader van de maatschappelijke gezondheidszorg in verschillende functies werkzaam zijn en vanuit deze functies ook leiding geven, en de vele met leidinggevende taken belaste verpleegsters.

Wanneer nu echter toch meerdere leiding noodzakelijk is, ligt het dan niet voor de hand, dat eerst deze organisaties zelf daartoe in staat moeten worden gesteld, voordat men gaat praten over het in het leven roepen van nieuwe organen? Als de mogelijkheden hiertoe niet kunnen worden gevonden — ondanks de wil om ze te vinden — dan houdt onzes inziens ook alles op en *dan hoeft zeker niet gedacht te worden aan nieuwe voorzieningen*. Het wenselijke zal dan moeten wijken voor het economisch mogelijke en men zal zich tevreden moeten stellen met alleen een wettelijk orgaan van overleg als nieuw element.

Kunnen echter de moeilijkheden, waarvoor het huidige werk zich ziet geplaatst, opgelost worden — en dit lijkt ons geen overbodige luxe — dan komt de nieuwe hier ter sprake zijnde voorziening aan de orde, die we eveneens van groot — maar van secundair — belang achten.

Wanneer de provinciale organisatie — de provinciale raad voor gezondheidszorg — tot stand komt op de wijze, zoals we die beschreven hebben, dan zal een door haar in het leven te roepen apparaat onder medisch-deskundige leiding door alle betrokkenen kunnen worden geaccepteerd als het gezamenlijk service-apparaat.

Met het oog op de grote mogelijkheden van een dergelijk provinciaal apparaat achten we het dan ook wenselijk, dat van daaruit in de toekomst eveneens leiding wordt gegeven aan de in de periferie uitgevoerde werkzaamheden en dat daarvoor nog niet eens aparte voorzieningen worden getroffen. Naarmate de voorzieningen toenemen en de perifere ordening vordert, kan deze leiding in de praktijk een gedecentraliseerd karakter krijgen, zodat dan ook gemakkelijker het contact met toekomstige perifere organen kan worden gelegd.

Men kan de vraag stellen, wat er nog aan leiding te geven overblijft als de zelfstandige organisaties deze in eigen verband voor zich opeisen. Daartegenover zou de vraag gesteld kunnen worden, waar het coördinerend orgaan dan de grens van zijn bevoegdheden ziet liggen.



*We menen dat goed gedaan wordt, als uitvoerende en coördinerende functies gescheiden worden gezien, waarbij men toch zal begrijpen dat én uitvoering én coördinatie leiding vereisen.*

Als coördinerende taken zien we o.m.: het onderhouden van het contact met de Overheid enerzijds en de particuliere organisaties anderzijds, het contact met de gelijk geaarde perifere en landelijke organen, het contact met en de bevordering van samenwerking tussen de verschillende uitvoerende instanties, het contact met en het bevorderen van samenwerking met de vele andere aspecten van de gezondheidszorg, het bestuderen van noodzakelijk geachte maatregelen en het adviseren en stimuleren om bestaande werkzaamheden te wijzigen of nieuwe taken ter hand te nemen, het stellen van bepaalde voorwaarden voor de uitvoering van werkzaamheden. Zo zullen meerdere taken kunnen worden genoemd, maar steeds, en we willen dit speciaal benadrukken, zonder het terrein van de uitvoering te betreden, om uiteindelijk toch weer niet coördinatie en uitvoering door elkaar te halen. Ook niet wanneer het betreft de zogenaamde algemene werkzaamheden, waarvan een provinciaal bacteriologisch laboratorium als voorbeeld kan worden genoemd. Is dit noodzakelijk, dan stimuleer men eventueel de vorming van een aparte stichting hiervoor, desgewenst nauw gelieerd aan de provinciale raad, maar men neme niet zelf de uitvoering ter hand.

In het reeds aangehaalde plan betreffende de kringorganisatie in Noord-Brabant wordt gezegd, dat men het probleem der medisch-deskundige leiding minder rijp acht voor aanpak op plaatselijk of kringniveau en men concludeert tot een stimuleren in deze richting vanuit provinciaal of districtsverband „teneinde op deze wijze te voorzien in de uit ervaring gebleken behoefte aan meer verantwoorde medische leiding, contact tussen de sociaal-geneeskundigen, aan een gericht teamwork, waardoor ook een medisch-statistische verwerking van het materiaal mogelijk wordt” <sup>1)</sup>.

De betekenis van deze *medisch-statistische verwerking* onderschrijven we volkomen. Maar daar zal dan voor nodig zijn, dat men moet beschikken over een apparaat. De medische sociografie willen we hier nog eens apart noemen als een belangrijke taak, waaruit vele waardevolle richtlijnen zullen kunnen worden geput ten aanzien van de doelbewuste activiteit.

---

<sup>1)</sup> H. P. Matthee, t.a.p. pag. 254.

Een gedecentraliseerde uitvoering van deze taken achten we zeer wenselijk en in dit verband onderschrijven we hetgeen Heere stelde: „Decentralisatie bij de inventarisatie, documentatie, survey en research is nodig. Dit alleen waarborgt intieme kennis van de streek, voorwaarde voor goede prognoses.”<sup>1)</sup> Daarbij is belangrijk, uit economisch oogpunt maar ook terwille van de grotere mogelijkheden, dat provinciaal wordt nagegaan „in hoeverre combinatie mogelijk is met andere instituten, ter voorkoming van dubbele en driedubbele arbeid<sup>2)</sup>. Het landelijk overzicht zal hierdoor niet aan betekenis mogen verliezen, maar hier wijst Heere dan ook op in een volgende stelling: „Er moet een landelijk centrum zijn, dat de richtlijnen in onderling overleg bepaalt en waar de grote veelheid gegevens verwerkt worden, die nu — onbekend — blijven rusten in welvaartsrapporten, streekplannen, voorbereidingen voor stadsuitbreidingen, enz.”<sup>3)</sup>

Tenslotte een enkele opmerking over het *teamwork*, waarvan zo veelvuldig sprake is. Dit teamwork is van belang, zowel voor de zelfstandig uitvoerende organisaties als voor de organisaties onderling, dus voor de coördinatie. We achten het echter belangrijk dat men er zich van bewust blijft, dat teamwork iets is dat geleerd moet worden. Het is geen doel op zich, dat bereikt zou zijn als men een eenheidsorganisatie had of als men een coördinerend orgaan in het leven heeft geroepen.

Zeker geldt dit in bijzondere mate op het terrein van de gezondheidszorg, waar de verantwoordelijkheid voor de persoonlijke taak dikwijls zo groot is en waar niet geldt — ook niet voor de maatschappelijke gezondheidszorg — dat het medisch handelen gekenmerkt wordt door neutraliteit, omdat alleen het werk in het middelpunt staat<sup>4)</sup>. De leiding en de samenwerking zullen dan ook uitermate soepel moeten zijn en alleen in de ware geest van het teamwork op succes kunnen rekenen. Teamwork, zegt Burns Morton, ontstaat niet zo maar. „Het is het resultaat van een zorgvuldig voorbereid plan. Men kan de mensen alleen tot loyale medewerking brengen wanneer zij weten, waarvoor zij werken en het doel de moeite waard achten.” „Teamwork kan in hoge

---

<sup>1)</sup> Heere, t.a.p. pag. 34.

<sup>2)</sup> Heere, t.a.p. pag. 33.

<sup>3)</sup> Heere, t.a.p. pag. 34.

<sup>4)</sup> Zie pag. 114.



mate bijdragen tot het bereiken van het gezamenlijk gestelde doel, mits althans een ieder persoonlijk de drang daartoe voelt en volgt.”<sup>1)</sup>

### *Financiën*

Nu we aan het financieringsprobleem het laatst en dan nog slechts zeer oppervlakkig aandacht schenken, willen we daar allerm minst mee uitdrukken er geringe betekenis aan te hechten.

Hier ligt inderdaad een groot probleem, dat met de nog steeds toenemende werkzaamheden en tengevolge van de — wellicht nog niet tot stilstand gekomen — ingrijpende wijzigingen in lonen en prijzen, steeds dringender om een oplossing vraagt.

De financiële basis van de door het particulier initiatief getroffen voorzieningen is tot dusver te vinden in lidmaatschapsbijdragen van ruim anderhalf miljoen gezinnen, vrijwillige bijdragen, donaties, betalingen voor verleende diensten en subsidies van de Overheid. De betekenis van het zelf iets moeten overhebben voor de gezondheidszorg volgens de grondslag „gemene lasten gemeenschappelijk en vrijwillig dragen”, menen we niet nog eens te hoeven verduidelijken; evenmin behoeft het belang van vrijwillige bijdragen of beperkte acties om dergelijke bijdragen te verkrijgen, nadere motivering.

We menen er dan ook van te mogen uitgaan dat deze basis, die, gezien het geleidelijk toenemend aantal leden en de geleidelijke stijging van de lidmaatschapsbijdragen, stabiel bleek te zijn, moet worden gehandhaafd. *De financiële moeilijkheden vragen daarom in de eerste plaats om deze grondslag kritisch te bezien, teneinde een zo hoog „mogelijke” bijdrage te verkrijgen.* Dat een doelmatig systeem om de lidmaatschapsbijdragen te innen hierbij, naast een goed gerichte propaganda, van veel betekenis is, spreekt wel voor zichzelf, al kan ook hier niet altijd van de particuliere verenigingen gezegd worden dat ze het mogelijke doen.

Maar hoe belangrijk de inkomsten uit dezen hoofde ook zullen zijn, gebleken is dat zij ten enenmale ontoereikend zijn om het omvangrijke werk te financieren. Dit had tot gevolg dat de Overheid in aanvullende zin subsidieerde. Hierdoor zijn de overheidsbijdragen mede de grondslag gaan vormen voor uitvoering van de

<sup>1)</sup> F. J. Burns Morton, t.a.p. pag. 40.

particuliere werkzaamheden en het zal belangrijk zijn, dat ook deze grondslag nader wordt gezien.

Zoals het nu is, onderschrijven we hetgeen Loeff hieromtrent zegt: „Aan het tot nu toe gevolgde subsidiëringssysteem kleven ernstige fouten, die het nuttig effect daarvan verminderen en niet geëigend zijn het vertrouwen en een goede verstandhouding t.o.v. de Overheid te bevorderen, hetgeen toch normaal het gevolg moest zijn van subsidie-verlening. De voornaamste dezer fouten zijn de volgende: In het verlenen van de financiële steun wordt een vaste lijn gemist, die zekerheid geeft. Hij wordt broksgewijze verleend. Meestal loopt men achter de feiten aan. Te sterk is hij afhankelijk van conjunctuur en welwillendheid der overheidsfunctionarissen. Als regel wordt hij eerst gegeven, wanneer instellingen in nood verkeren en wordt hij niet verder verleend dan het tekort reikt. Daarom wordt een gevoel van afhankelijkheid gekweekt bij de betrokken instelling en dikwijls niet ten onrechte.” <sup>1)</sup>

Deze grondslag nu, nader gezien, teneinde een zo noodzakelijke verbetering te bereiken, is naar onze mening de moeite waard om er een aparte studie aan te wijden. Maar om inderdaad de mogelijkheid van verbetering voor de toekomst open te stellen, zal het onontbeerlijk zijn dat overeenstemming wordt bereikt omtrent de concrete lijnen, waarlangs de ordening van de gezondheidszorg zal kunnen worden verwezenlijkt.

Wij zien dit als primaire grondslag, ook voor oplossing van het financiële probleem en het is daarvoor, dat wij een beperkte bijdrage hebben willen leveren.

Is men het eens over de concrete vormgeving, waarnaar moet worden gestreefd, dan zal een grondige bestudering van het subsidiestelsel wellicht tot een methode — en mogelijk ook tot het beschikbaar stellen van meerdere middelen — leiden, zodat een positieve steun kan worden gegeven aan een opbouw, waarnaar reeds zolang en door zovelen wordt uitgezien.

Dan zal het wellicht ook mogelijk zijn om, na het moeilijk stadium waarin naar overeenstemming wordt gezocht en na het eveneens moeilijk te achten stadium van opbouw, het stadium te bereiken van consolidatie, waarin het financiële vraagstuk waarschijnlijk uit een andere gezichtshoek kan worden bekeken.

<sup>1)</sup> Loeff, t.a.p. pag. 69.



Ons een moment veroorlovend hierop vooruit te lopen, denken we aan de mogelijkheid, waarover de samenwerkingsorganen kunnen beschikken, de mogelijkheid der aanvullende gezamenlijke premieheffingen, waardoor wellicht een vaste grondslag zou kunnen worden gegeven aan een belang van grote maatschappelijke betekenis.

\* \* \*

Aan het einde gekomen van onze beschouwingen, waaraan we zoveel mogelijk een algemeen karakter hebben willen geven, hopen we er in te zijn geslaagd, een standpunt weer te geven met betrekking tot de ordening van de gezondheidszorg en daarmee te hebben kunnen bijdragen tot het vinden van een gemeenschappelijke basis, waarop, ondanks verschil van mening, kan worden verder gebouwd.

Een basis, die wil uitgaan van een juiste opvatting omtrent het gezag en de grenzen van zijn bevoegdheid, verankerd in het rechtsbewustzijn der onderdanen, met daarnaast een Overheid, die de uitoefening van haar gezag aan het algemeen welzijn en aan de rechten der verbanden lager in rang en orde en der onderdanen weet te conformeren <sup>1)</sup>.

Maar ook, wanneer op deze basis dan een concrete vormgeving mogelijk zal blijken, die inderdaad op een waardevolle inhoud steunt, zal het bij de toenemende organisatievormen in ons maatschappelijk leven nodig zijn ervoor te waken dat de wijsheid, waarop Buytendijk wijst, niet te zeer wordt teruggedrongen. „De wijsheid, waarin al het menselijke samengevat is en de tegenstelling van verstand en hart is opgeheven. De wijsheid van het goede volk, waarin de Logos, de zin der wereld, van zichzelf getuigt in die belangeloze en zuivere liefde tot de naaste, de caritas, waarvan — naar het diepe woord van Pascal — een druppel meer waarde heeft dan een zee van verstand.” <sup>2)</sup>

Een ordening, hoezeer zij naar de uiterlijke vorm ook tegemoet zal komen aan onze wensen, zal, wil zij aan de verwachtingen beantwoorden, niet enkel moeten steunen op uiterlijke betrekkingen, maar eveneens op innerlijke verbondenheid der mensen.

---

<sup>1)</sup> Zie Dr G. W. Groeneveld, t.a.p. pag. 302 en 303.

<sup>2)</sup> Prof. Dr F. J. J. Buytendijk, *Gezondheid en Vrijheid*. 1950, pag. 10.

## LITERATUURLIJST

- Albregts, Dr A. H. M.*, De leer der maatschappelijke organisatievormen, 1949.
- Idem*, De bevoegdheden der bedrijfs- en productschappen in het wetsontwerp op de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie. Verslagboek der economische en sociale studiedagen te Tilburg, 1948.
- Ausems, E.*, De districtsgezondheidsorganisatie, 1946.
- Baart de la Faille, Prof. Dr J. M.*, Overzicht van het geneeskundig schooltoezicht. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1e jaargang 1923.
- Idem*, Sociale geneeskunde, 1948.
- Barnes, W. E.*, Historical sociology, 1950.
- Bartels, A.*, Evolutie van het begrip gezondheidszorg. Katholiek Sociaal Tijdschrift, 1949.
- Idem*, Doelmatigheid in de gezondheidszorg. Katholiek Sociaal Tijdschrift, 1949.
- Beckerman, F.*, Sünde und Organische Krankheit. Jahrbuch des Katholischen Akademiker Verband, Regensburg 1950.
- Berg, Dr C. van den*, De Overheidszorg voor de volksgezondheid in Nederland. Officieel gedenkboek 1938.
- Berger, J. A.*, De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland, ongedateerd.
- Beveridge, Lord William*, Voluntary Action, a report on methods of social advance, 1948.
- Idem*, Social Insurance and Allied Services. Nederlandse vertaling van O. van der Does-Oldenbroek, 1946.
- Beyerman, J.*, Onze kruisverenigingen. T. v. S. G., 11e jaargang 1933.
- Block, Prof. Mr A. L. de*, Het primaat der buitenlandse politiek. Economie, 13e jaargang 1949.
- Blooker en Saltet, R. H.*, Ter inleiding tot de bespreking der eisen die aan een wet, regelende het Staatstoezicht op de volksgezondheid, behoren te worden gesteld. Prae-advies voor het congres voor openbare gezondheidsregeling, April 1900. Tijdschrift voor Sociale Hygiëne, 2e jaargang 1900.
- Blooker, Dr*, De gezondheidscommissies der grote gemeenten krachtens de gezondheidswet. In: Tijdschrift voor Sociale Hygiëne, 4e jaargang 1902.
- Bouman, Dr P. J.*, Van renaissance tot wereldoorlog. Vier eeuwen Europese Cultuurgeschiedenis, 1938.



- Brenkman, Dr C. J.*, Gezondheidszorg in Nederland. T. v. S. G., 10e jaargang 1934.
- Idem*, Donkere wolken. T. v. S. G., 1e jaargang 1923.
- Idem*, Ingrijpende maatregelen. T. v. S. G., 12e jaargang 1934.
- Idem*, Inleiding in de sociale geneeskunde, 1947.
- Idem*, Gezondheidszorg voor en door de bevolking. T. v. S. G., 14e jaargang 1936.
- Brink, Prof. Dr J. R. M. van den*, Het voorontwerp van wet op de bedriffschappen. Economie 10e jaargang 1945—1946.
- Brugmans*, De arbeidende klasse in Nederland in de 19e eeuw, 1928.
- Burns Morton, F. J.*, Samenwerken in de bedrijven, 1949.
- Buytendijk, Prof. Dr F. J. J.*, Gezondheid en vrijheid, 1950.
- Bijl, Prof. Dr J. P.*, Hygiëne als maatschappelijk verschijnsel, 1946.
- Cleeff, Ed. van*, Sociaal-economische ordening, 1939.
- Cobbenhagen, Prof. Dr M. J. H.*, Katholicisme in actie op economisch terrein. Les, uitgesproken op de 14e Limburgse sociale studieweek te Rolduc, 1938.
- Idem*, Een centraal probleem van de sociaal-economische vernieuwing. Economie, 10e jaargang 1945—1946.
- Idem*, Productie en Verdeling. Economie, 2e jaargang 1937.
- Idem*, De economische orde. Economie, 8e jaargang 1943.
- Cock, Ad. ter*, Wat geschiedt in Nederland in het belang der Volksgezondheid, 1934.
- Coppes, Dr A. H. J.*, Maatregelen en instellingen op het gebied der volksgezondheid in een stad van 100.000 inwoners, ongedateerd.
- Cornelissen, Dr A. J. M.*, Individu en gemeenschap in de wereldorde. Verslagboek 15e Limburgse sociale studieweek te Rolduc, 1939.
- Coronel, Dr S.*, De gezondheidsleer toegepast op de fabrieksnijverheid, 1861.
- Dam, J. C. van*, Taak en onderlinge verhouding van kerk, particulier initiatief en overheid ten aanzien van de maatschappelijke zorg. Prae-advies voor de Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werk, 1949.
- Does, Dr Mr L. P. van der*, De economische betekenis der sociale verzekering, 1946.
- Drees, Minister Dr W.*, De Nederlandse gezondheidszorg. 25 jaren Katholieke Gezondheidszorg, 1948.
- Ellerbeck S. J., Dr J.*, Geneeskunde en Zielzorg, probleemstelling. R. K. Artsenblad, 27e jaargang 1948.
- Ensink, H. J.*, Moederschapszorg in het markiezaat van Bergen op Zoom, 1940.

- Ewing, R.*, The Nation's Health, a ten years' program, 1948.
- Eykel, R. N. M.*, Overzicht over het sociaal-hygiënisch werk in Nederland op het gebied van den dienst der volksgezondheid, 1932.
- Idem*, Verspreide opstellen op het gebied der volksgezondheid, ongedateerd.
- Faucher, Léon*, Mélanges d'économie politique et de finances, II, Economie politique, 1856.
- Fischer, A.*, Grundriss der Sozialhygiene, 1920.
- Idem*, Öffentliche Hygiene. Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 4e Auflage.
- Frank, Johann Peter*, System einer vollständigen Medizinischer Polizey, 1804.
- Gaay Fortman, Prof. Mr W. F. de*, De sociaal-economische raad in het Wetsontwerp op de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie. Verslagboek van de economische en sociale studiedagen te Tilburg, 1948.
- Gedenkboek Na tien jaren, het Groene Kruis, 1910.
- Gedenkboek ter herinnering aan het vijftigjarig bestaan der arbeidsinspectie, 1940.
- Gheorgiu, C. Virgil*, Het vijf en twintigste uur, 1950.
- Groeneveld, Dr G. W.*, Enige beschouwingen over de verhouding tussen Overheid en bedrijfsleven in het kader van de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie. Economie, 12e jaargang 1947—1948.
- Groeneveld, Dr H. L.*, Indicia Sanitatis, een onderzoek naar de kenmerken der volksgezondheid in de stad Nijmegen, 1940.
- Handelingen van de Staten-Generaal.
- Heere, Prof. Dr W. R.*, De tegenwoordige en toekomstige demografische situatie in Nederland. Prae-advies van het congres over de gevolgen van de bevolkingsvermeerdering, 1949.
- Heyermans, Dr L.*, Gemeentelijke gezondheidszorg in Nederland, 1929.
- Heyden, Dr P. van der*, Over de geschiedenis van het Wit-Gele Kruis. Katholieke Gezondheidszorg 1938.
- Hinte, Dr E. van*, Inleiding in het bevolkingsvraagstuk, 1943.
- Hoop, Dr J. H. van der*, Geestelijke Vrijheid, de openbaringen van den geest, 1949.
- Idem*, Geestelijke Vrijheid, massa, democratie en staat, 1948.
- Hornstra, R.*, Gezondheidsvraagstukken van het platteland, T. v. S. G., 14e jaargang 1936.
- Horst, Dr M. D.*, De toekomstige organisatie der maatschappelijke gezondheidszorg in Nederland. Prae-advies voor het 34e congres voor openbare gezondheidsregeling te Middelburg, 1929. Tijdschrift voor Sociale Hygiëne, 31e jaargang 1929.



- Jaspar, Mr Dr E. J.*, De economische en sociale raad der Verenigde Naties. Economie, 10e jaargang 1945—1946.
- Julius, Prof. Dr H. W.*, De sociale geneeskunde als vak en als wetenschap. T. v. S. G., 27e jaargang 1949.
- Kimmenade, Dr F. G. M. A.*, Organisatie van de gezondheidszorg op het platteland en haar consequenties voor de verspreiding van medische adviesinrichtingen. Voordrachten gehouden voor het Koninklijk Instituut van Ingenieurs, 1949.
- Knappey, Dr N.*, Een kwart eeuw zuigelingenverzorging in Nederland, 1935.
- Koenraadt, Dr W. M. J.*, Herstel der maatschappelijke orde, 1938.
- Idem*, Corporatieve maatschappij, 3, de organische staat. 1934.
- Leydesdorff, Dr L.*, Gezondheidswet 1946.
- Lietaert Peerbolte, Mr L.*, Besmettelijke Ziektenwet, 1929.
- Loeff, Mr Dr J.*, Taak en onderlinge verhouding van kerk, particulier initiatief en overheid ten aanzien van de maatschappelijke zorg. Prae-advies voor de Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werk, 1949.
- Loghem, Prof. Dr J. J. van*, Algemene gezondheidsleer, 1935.
- Loon, P. C. J. van*, Doelmatigheid van het maatschappelijk werk, 1950.
- Manen, Charlotte A. van*, Armenpflege in Amsterdam in ihrer historischen Entwicklung, 1913.
- Manen, Ch. van*, Bedrijfsleven in de strijd tegen de armoede, 1918.
- Maritain Jacques*, Naar een nieuwe Christenheid, 1936.
- Matthee, H. P.*, Kringorganisatie voor de volksgezondheid. Katholieke Gezondheidszorg 1949.
- Meerendonk, Dr L. van de*, Herinneringen van insiders. 25 jaar Katholieke Gezondheidszorg 1948.
- Michels, A. W.*, Overzicht van hetgeen op het gebied van de volksgezondheid in Noord-Holland wordt gedaan, 1939.
- Mol, Chr.*, Onze kruisverenigingen, T. v. S. G., 11e jaargang 1933.
- Idem*, Een concreet ordeningsplan. T. v. S. G., 19e jaargang 1941.
- Idem*, De toekomst van het Wit-Gele Kruis. 25 jaren Katholieke Gezondheidszorg 1948.
- Idem*, Organisatieplan van de Volksgezondheid. In: Mededelingenblad van het Medisch Contact, 1e jaargang 1945.
- Molen, H. R. van der*, Volksgezondheid een staatszaak. Het Gemeenbest, 10e jaargang 1950.
- Muntendam, Dr P.*, Arbeidersbelangen in de geneeskunde, 1940.
- Idem*, Maatschappelijke gezondheidszorg, 1950.
- Mijle, C. H. A. van der*, Onze geneeskundige wetgeving, 1896.

- Neurdenburg, Dr M. G.*, Wereldgezondheidsorganisatie. T. v. S. G., 25e jaargang 1947.
- Idem*, Begrotingspositie der volksgezondheid, T. v. S. G., diverse jaargangen vanaf 1933.
- Idem en Brenkman, Dr C. J.*, Algemeen plan tot organisatie der gezondheidszorg, T. v. S. G., 19e jaargang 1941.
- N. N.*, Brieven van een geneesheer. Economist 1857.
- Idem*, Self help and Charity. The economist 1948.
- Idem*, Een woord van eenige geneeskundigen aan alle geneeskundigen. Is eene hervorming der ziekenbussen noodzakelijk? 1846.
- Idem*, Het nut van openbare gezondheidsmaatregelen. Economist 1856.
- Oldendorff, Prof. Dr A.*, Maatschappelijke tegenstellingen, 1949.
- Idem*, De waarde van het particulier initiatief op het gebied van de sociale zorg. 25 jaren Katholieke Gezondheidszorg, 1948.
- Idem*, Maatschappelijke en economische doelmatigheid. Economie 8e jaargang 1942.
- Idem*, De maatschappelijke vooruitgang, 1949.
- Ouwerling, H.*, Geschiedenis van Deurne, 1933.
- Pannwitz, Prof. Dr*, Die erste internationale Tuberkulose Konferenz, 1903.
- Pasteau, Dr e.a.*, Médecine service social et famille, 1945.
- Philips, E. en de Jongh, H.*, Woningwet en Gezondheidswet, 1901.
- Pius XII, Z. H. Paus*, Toespraak tot de deelnemers aan het congres van de wereldgezondheidsorganisatie te Rome. Katholieke Gezondheidszorg 1949.
- Pompen, Dr A. W. M.*, Geneeskunst en Gemeenschap, 1949.
- Quadragesimo Anno*, Encycliëk, vertaling van O. Janssen O.F.M., 1932.
- Rapport*, De toekomstige organisatie van de sociale verzekering. Uitgave van de Stichting van de Arbeid, 1945.
- Idem*, Bedrijfsgeneeskunde in Nederland. Uitgave van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde, 1947.
- Idem*, Sociale Zekerheid deel I. Overzicht van de bestaande stelsels in Nederland en een aantal andere landen, benevens van de in sommige dezer landen uitgewerkte plannen tot herziening en uitbreiding der bestaande voorzieningen, 1945.
- Idem*, Sociale Zekerheid, deel III. Organisatie van geneeskundige voorzieningen en de rehabilitatie van gebrekkigen, 1945.
- Idem*, Van de Commissie ter bestudering van de organisatie der gezondheidszorg, 1939.
- Idem*, Inzake reorganisatie van de volksgezondheidszorg, 1946.
- Idem*, Van de Commissie ter bestudering van de bevolkingsverspreiding. „De verspreiding van de bevolking in Nederland.” Publicatie nr 3 van de Rijksdienst voor het Nationaal plan, 1949.



- Rapport, Inzake corporatieve organisatie van de gezondheidszorg.  
Uitgebracht aan het Hoofdbestuur van de R. K. Artsenvereniging  
door een door dit bestuur ingestelde studiec commissie, 1940.
- Idem*, Grondslagen voor de wettelijke regeling van de gezondheidszorg.  
Uitgebracht door Centrum voor Staatskundige vorming, 1950.
- Remijnse, Dr J.*, De sociale geneeskunde en de artsen, 1939.
- Report*, Public health, Vol. 61, 1946.
- Idem*, Health on the production front. National Association of  
Manufacturers, 1944.
- Idem*, Employee Medical Service. National Metal Trades Association,  
committee on Industrial Relations, 1929.
- Rerum Novarum*, Encycliek, vertaling van L. Zeilstra O.F.M., 1932.
- Roland Holst-van der Schalk, H.*, Kapitaal en arbeid in Nederland, 1932.
- Sand, Dr René*, L'économie humaine, 1948.
- Idem*, Vers la médecine sociale, 1948.
- Sauër, Dr H. C.*, Geneeskundige verzorging van de minvermogene zieke  
in Nederland, 1935.
- Schuurmans Stekhoven, Dr W.*, De toekomstige organisatie der maatschap-  
pelijke gezondheidszorg in Nederland. Prae-advies voor het 34e con-  
gres voor openbare gezondheidsregeling te Middelburg, 1929. Tijd-  
schrift voor Sociale Hygiëne, 36e jaargang 1929.
- Sombart, Werner*, Das europäische Wirtschaftsleben im Zeitalter des  
Hochkapitalismus. Der Moderne Kapitalismus III, 1.
- Idem*, Das europäische Wirtschaftsleben im Zeitalter des Frühkapitalismus.  
Der Moderne Kapitalismus, II, 2, 1928.
- Starmans, J. H.*, Verloskunde en kindersterfte in Limburg, 1930.
- Statistiek der bevolking van Amsterdam. Nr 67 der mededelingen van  
het gemeentelijk bureau voor statistiek, 1923.
- Stukken betreffende de herziening der geneeskundige wetten en ver-  
ordeningen, 1842.
- Terburgh, Dr J. Th.*, De geschiedenis van het Staatstoezicht op de volks-  
gezondheid. Tijdschrift voor Sociale Hygiëne, 31e jaargang 1929.
- Tournier, Dr P.*, Radicale therapie, 1950.
- Truyen, Ch. C. H.*, Rationalisatie en werkloosheid, ongedateerd.
- Tuniler, Prof. Dr J. H.*, Organisatie der preventieve geneeskunde. Pre-  
ventieve geneeskunde, deel III, 1938.
- Idem*, Bevolkingsgroepen en sociale geneeskunde, 1949.
- Valkhoff, Prof. Mr J.*, Een eeuw rechtsontwikkeling, 1949.
- Veeger, Dr L. A.*, Taak, werkwijze en organisatie van het Limburgse  
Groene Kruis. Handelingen van het Nederlands Congres voor  
Openbare Gezondheidsregeling, 1938.
- Idem*, De sociale geneeskunde en de katholieke geneesheer, Saint Luc  
Medical, 6, 1937.

- Veldkamp, Dr G. M. J.*, Sociale zekerheid en persoonlijke verantwoordelijkheid, 1949.
- Idem*, Individualistische karaktertrekken in de Nederlandse sociale arbeidsverzekering, 1949.
- Idem*, Ondermijnt de sociale zekerheid het verantwoordelijkheidsgevoel en zo ja, op welke wijze kan de maatschappelijke zorg hiervoor een tegenwicht scheppen? Prae-advies van de Vereniging van leiders van openbare diensten en instellingen voor sociale zorg, 1950.
- Ven, Prof. Dr F. J. H. M. van der*, Sociaal recht, 1949.
- Idem*, De betekenis van de sociaal-economische politiek voor de maatschappij. Economie, 13e jaargang 1949.
- Idem*, Economische en sociale opvattingen in Nederland, 1948.
- Idem*, De Nederlandse arbeidswetgeving in de laatste 40 jaren. Economie, 13e jaargang 1938.
- Veraart, Dr J. J. M.*, Bedrijfsorganisatorische aspecten der sociale verzekering, 1950.
- Verberne, Prof. Dr L. G. J.*, Het sociale en economische motief in de Bataafse tijd, 1947.
- Idem*, De Nederlandse arbeidersbeweging in de 19e eeuw, 1950.
- Verslagen van het Geneeskundig Staatstoezicht.
- Idem*, van Nationale en Provinciale Kruisverenigingen.
- Vierkandt, Alfred*, Gesellschaftslehre, 1928.
- Voorduin, Mr J.*, Geschiedenis en beginselen der grondwet van het Koninkrijk der Nederlanden, 1848.
- Vreeze, Mr J. de*, Aantekeningen bij de Rijksbegroting 1950. Katholieke Gezondheidszorg, 1949.
- Idem*, Nogmaals: onze financiële zorgen, Katholieke Gezondheidszorg 1950.
- Walter, Fr.*, Die Sozialhygiene in ihrem Verhältnis zur Weltanschauung und Ethik. Sozialhygienische Abhandlungen 1921, Heft 5.
- Wereldbeeld, Halverwege tussen U.S.A. en U.S.S.R., Dagblad De Tijd, 1 Maart 1950.
- Weve O.P., Mag. Prof. Dr F. A.*, Het algemeen welzijn, Sociaal wijsgerige opstellen 1948.
- Idem*, Vrijheid en gebondenheid. Sociaal wijsgerige opstellen, 1948.
- Idem*, Gemeenschap en ordening. Sociaal wijsgerige opstellen, 1948.
- Idem*, Verhouding Overheid-particulier initiatief, 1946.
- Winkel, Ir N. C.*, De taak van de arbeidsinspectie. 50 Jaren Arbeidsinspectie 1890—1940.
- Woestijne, W. J. van de*, Bevolkingsvermeerdering en economische knelpunten. Prae-advies voor het congres over de gevolgen van de bevolkingsvermeerdering, 1949.